

**Police no** .....

**Personne décédée**

Nom et prénom : .....

Date de décès : .....

Date de naissance : ..... N° AVS : .....

Rue : .....

NPA, localité, pays : .....

Informations complémentaires :

**Décès dû à**  maladie  accident

Cause du décès : .....

.....

Nom et adresse du médecin ayant constaté le décès : .....

.....

Nom et adresse du médecin qui connaissait le mieux le défunt : .....

.....

Nom du médecin traitant en cas d'incapacité de travail avant le décès : .....

.....

Nom, prénom de la personne annonçant le décès : .....

.....

**Coordonnées de la personne annonçant le décès**

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Lien avec le défunt : .....

.....

Lieu et date

Signature

**Annexes à joindre** : acte de décès

En cas de questions, nous sommes à votre disposition au 021 348 23 60.

