

**Données personnelles**

Nom, prénom : ..... Dossier no : .....

Date de naissance : ..... AVS no : .....

Nationalité(s) : ..... Sexe :  féminin  masculin

Rue : .....

NPA, localité : ..... Pays : .....

Profession : .....

Employeur : ..... Contrat no : .....

Date du décès : ..... Le décès est dû à :  une maladie  un accident

**Etat civil**

célibataire  marié(e)  veuf/-ve  divorcé(e)  séparé(e)

lié(e) par un partenariat enregistré  partenariat enregistré dissous

Date du mariage / partenariat enregistré : .....

Date du divorce / dissolution du partenariat : .....

**Situation familiale**

|                         | Prénom | Date de naissance |
|-------------------------|--------|-------------------|
| Conjoint / partenaire : | .....  | .....             |
| Enfant :                | .....  | .....             |
| Enfant :                | .....  | .....             |
| Enfant :                | .....  | .....             |
| Enfant :                | .....  | .....             |

**Prestations des assurances sociales** (à compléter uniquement si le décès est dû à un accident)

Assurances en cas d'accident :

- a. Auprès de quelle compagnie avez-vous assuré votre personnel pour LAA ?  
 Adresse complète de la compagnie : .....
- b. Avez-vous contracté une assurance complémentaire pour votre personnel ?  oui  non  
 Adresse complète de la compagnie : .....

**Annexe à remettre** : copie de l'acte de décès



.....  
 Lieu et date

.....  
 Signature de l'employeur