

INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE	INTERLOCUTEUR
RUE	NPA / LIEU
TÉL.	E-MAIL
	CONTRAT N°

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE (PA)

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE	NO. ASS. SOC.

INFORMATIONS RELATIVES AU CONJOINT/CONCUBIN OU À LA PERSONNE DE CONTACT

NOM	PRÉNOM
RUE	NPA / LIEU
TÉL.	E-MAIL
DEGRÉ DE PARENTÉ	

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉCÈS

CAUSE DU DÉCÈS	MALADIE	ACCIDENT*	SUICIDE*	INCONNU*
----------------	---------	-----------	----------	----------

*ASSUREUR LAA	NUMÉRO DE RÉFÉRENCE
---------------	---------------------

INFORMATIONS RELATIVES AUX RAPPORTS DE TRAVAIL

ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE	SORTIE DE L'ENTREPRISE
--------------------------	------------------------

EXISTAIT-IL UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL AVANT LE DÉCÈS ?	OUI*, DEPUIS	NON
--	--------------	-----

**JOINDRE UNE COPIE DES ÉVENTUELS DÉCOMPTES D'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE*

CONTINUATION DU PAIEMENT DU SALAIRE CONTINUATION DU PAIEMENT DU SALAIRE SELON ART. 338G CO	PAR L'ENTREPRISE JUSQU'AU (DATE)
--	----------------------------------

REMARQUES

VEUILLEZ RÉPONDRE EN TOUTE CONSCIENCE AUX QUESTIONS DE MANIÈRE COMPLÈTE ET VÉRIDIQUE. TOUTE ANNONCE TARDIVE, FAUSSE OU INCOMPLÈTE PEUT ENTRAÎNER UNE RÉDUCTION OU UN REFUS DE PRESTATIONS.

LIEU, DATE :

SIGNATURE _____

LE FORMULAIRE EST À RETOURNER SANS DÉLAI AVEC LA MENTION "CONFIDENTIEL" À