

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 | |
| <small>*JOINDRE UNE COPIE DES ÉVENTUELS DÉCOMPTES D'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE</small> | | | |
| CONTINUATION DU PAIEMENT DU SALAIRE | PAR L'ENTREPRISE JUSQU'AU (DATE) | | |
| CONTINUATION DU PAIEMENT DU SALAIRE | | | |
| SELON ART. 338G CO | | | |

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