

**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