



## FORMULAIRE EN CAS DE DECES DEMANDE D'INDEMNISATION

(à retourner complété par l'ayant droit)

Veuillez remplir le document, le dater, le signer et joindre photocopie de la carte d'indentité ou du passeport et tout document justifiant du lien de parenté avec la personne décédée (livret de famille, acte notarié...).

| Identité de l'ayant droit            |  |
|--------------------------------------|--|
| identite de l'ayant dion             |  |
| ■ Nom et prénom :                    | • Date de naissance :                      |
| ■ Nom de jeune fille :               | Lieu de naissance :                        |
| Situation de famille                 | • Nationalité :                            |
| Adresse:                             |  |
|                                      |  |
| ■                                    | ofessionnel:                               |
| ■ E-mail :                           |  |
| —— Pancaignaments sur l'assida       | nt —                                       |
| Renseignements sur l'accide          |  |
| Date de l'accident :                 |  |
|                                      |  |
| ` · · · ·                            | ccident:                                   |
|                                      |  |
|                                      |  |
|                                      |  |
|                                      |  |
|                                      |  |
| —— A remplir si l'auteur est conn    | <i></i>                                    |
| ■ Nom:                               | • Prénoms :                                |
|                                      |  |
|                                      |  |
|                                      |  |
|                                      |  |
| —— A romplir si vous connaisso.      | l'assureur de l'auteur des dommages ——     |
| A Tempin SI Vous Connaissez          | rassureur de rauteur des dominages         |
| Nom de la société d'assurance        |  |
| Numéro de contrat :                  |  |
|                                      |  |
|                                      |  |
| Si les autorités de police ou d      | le gendarmerie ont effectué une enquête —— |
| Adresse du commissariat compétent    |  |
|                                      |  |
| Adresse de la brigade de gendarmerie |  |
| Numéro de P.V :                      |  |
|                                      |  |

| Lieu de naissance :  | — Identité de la personne décédée ———————————————————————————————————                                 |
|--|---|
| Lieu de naissance :  |   |
| Avez-vous réglé des frais d'obsèques ?   | Nom et prénom : • Date de naissance :   |
| Avez-vous réglé des frais d'obsèques ? □ oui (préciser le montant et joindre les factures acquittées □ non  Un capital décès a-t-il été versé par l'organisme social de la personne décédée ? □ oui (préciser le montant et joindre les justificatifs) □ non  Renseignements sur la situation économique (à ne remplir que par le conjoint survivant ou les Personne décédée  Personne décédée  Personne décédée  Profession: □ salarie □ oui □ non  Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition): □ s'aigit-il d'un accident de : □ travail □ trajet domicile-travail □ vie privée  Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée: □ Numéro d'immatriculation: □ Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée: □ Salarie □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)  Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition): □ Ayant droit  Profession: □ Salarie □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)  Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition): □ Non  Eventuels autres ayants droit |   |
| Avez-vous réglé des frais d'obsèques ?   | Situation de famille  |
| Un capital décès a-t-il été versé par l'organisme social de la personne décédée ?  Oui (préciser le montant et joindre les justificatifs)  Personne décédée  Personne décédée  Profession: Salarié Oui Double les deux derniers avis d'imposition): S'agit-il d'un accident de : Dravail Vie privée Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée: Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée: Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée: S'alarié Oui Double Ryant droit  Profession: Salarié Oui Double Ryant droit Ayant droit  Profession: Salarie Oui Double Ryant de la personne décédée était affiliée: Ayant droit  Profession: Salarie Oui Double Ryant de la personne décédée était affiliée: Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée: Salarie Oui Double Ryant droit Ayant droit  Profession: Salarie Oui Double Ryant des prestations d'un organisme social du fait du décès ? Oui (préciser le montant joindre les justificatifs) Non                              | — Frais d'obsèques ————————————————————————————————————   |
| qui (préciser le montant et joindre les justificatifs)   non   non   |   |
| Personne décédée  Profession:  | □ oui (préciser le montant et joindre les justificatifs)  |
| Profession: Salarié □ oui □ non Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):  S'agit-il d'un accident de : □ travail □ trajet domicile-travail □ vie privée  Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée: Numéro d'immatriculation: Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée: □ Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée: □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle) Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition): Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ? □ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)□ Non  Eventuels autres ayants droit   | Censeignements sur la situation économique (à ne remplir que par le conjoint survivant ou les é       |
| Salarié □ oui □ non Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):  S'agit-il d'un accident de : □ travail □ trajet domicile-travail □ vie privée Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée: Numéro d'immatriculation: Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:  Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:  Salarié □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle) Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):  Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ? □ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)□ Non  | Personne décédée —  |
| S'agit-il d'un accident de : □ travail □ trajet domicile-travail □ vie privée  Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée: Numéro d'immatriculation: Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:  Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:  Profession: Salarié □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle) Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition): Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ? □ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)□ Non  Eventuels autres ayants droit  | ■ Salarié □ oui<br>□ non  |
| □ trajet domicile-travail □ vie privée  Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée:  |   |
| □ vie privée  Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée:  Numéro d'immatriculation:  Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:  Ayant droit  Profession:  Salarié □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle) Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):  Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ? □ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)□ Non  Eventuels autres ayants droit   |   |
| Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée:  Numéro d'immatriculation:  Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:  Profession:  Salarié □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)  Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):  Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ? □ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)□ Non  Eventuels autres ayants droit   |   |
| Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée:    Ayant droit   | ■ Nom et adresse de l'organisme social auquel la personne décédée était affiliée:                     |
| <ul> <li>Profession:</li></ul>   | <ul> <li>Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était</li> </ul> |
| <ul> <li>Profession:</li></ul>   |   |
| <ul> <li>Salarié □ oui □ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)</li> <li>Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):</li> <li>Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ?</li> <li>□ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)</li></ul>   | Ayant droit   |
| <ul> <li>Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):</li> <li>Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ?</li> <li>□ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)</li></ul>  | ■ Salarié □ oui   |
| □ oui (préciser le montant joindre les justificatifs)  |   |
| Eventuels autres ayants droit  | Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social du fait du décès ?                              |
|  | ☐ oui (préciser le montant joindre les justificatifs) ☐ Non   |
| ■ Noms et adresses des autres ayants droit (parents, frères et sœurs de la personne décédée) :   | Eventuels autres ayants droit   |
|  | ■ Noms et adresses des autres ayants droit (parents, frères et sœurs de la personne décédée) :        |
|  |   |
|  |   |