

POCHETTE DOSSIER RENTE

N° du dossier Rente :

Sinistre n°.....du.....Décès⁽¹⁾ :.....

Victime :.....Matricule assuré:.....

Né(e) le :.....Adresse :.....

Nom de l'employeur ou Raison sociale :.....Matricule cotisant:.....

BP :Adresse :.....

Ayants-droits : (Qualité, Nom et Prénom, Matricule, Adresse)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(1) Préciser la date de décès en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné le décès de la victime

Photo
identité

Photo
identité

Situation Familiale de la victime (2)

A. Conjoint (s) survivant(s)

Nom et Prénoms	Date et lieu de naissance	N° acte de mariage	Date et lieu de célébration

B. Enfants à charge

Nom et Prénoms	Date et lieu de naissance	N° acte de naissance	Observation

(2) A ne remplir qu'en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné le décès de la victime

Photo identité

Photo identité

C. Ascendants

Nom et Prénoms	Date et lieu de naissance	N° acte de naissance	Observation

D. Tuteur ou autre héritier

Nom et Prénoms	Date et lieu de naissance	N° acte de naissance	N° du jugement et date du rendu