Déclaration d’un ACCIDENT MORTEL DE TRAVAIL

ou d’un DECES SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Délai de demande : la demande d’intervention financière doit parvenir au FSTL dans un délai de trois ans après la date du décès

## CADRE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise: |  |
| Rue et Numéro: |  |
| Code Postal: |  Commune:  |
| Personne de contact: |  |
| Fonction: |  |
| Numéro-ONSS (obligatoire): | 083 -  -  |
| Téléphone: |  Fax:  |
| E-mail:  |
| L’ employeur certifie que l’ouvrier mentionné ci-après se trouvait occupé au service de son entreprise au moment de son décès et que ses prestations ont été déclarées de façon régulière à l’ONSS sous le n° ONSS mentionné ci-dessus.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Il déclare que l’ouvrier est décédé: |  suite à un accident de travail ou sur le chemin de travail tel que prévu par les dispositions de la loi du 10 avril 1971 relatives aux accidents de travail; pendant l’exécution de son contrat de travail ou sur le chemin de travail sans tomber sous la notion « d’accident de travail » tel que visé par la loi du 10 avril 1971. |
|  RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME |
| Nom et prénom: |   |
| Rue et Numéro: |  |
| Code Postal: |  Commune:  |
| Date de naissance: |  /  /  (jj/mm/aaaa)  |
| N° de registre national:  |  -  -  |
| Etat civil: |  Nationalité:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date: | . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa) |

Veuillez écrire ci-dessous “Déclaré sincère et véritable”:

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

Signature:

**Cachet de l'entreprise:**



Nom de l'entreprise: 

Nom de la victime: 

|  |
| --- |
|  CIRCONSTANCES DU DECES: |
| Lieu du décès:  |   |
| Pays: |   |
| Rue et Numéro: |  |
| Code Postal: | Commune:  |
| Jour, date et heure du décès: | Jour:  Date:  /  /  (jj/mm/aaaa) Heure:  :  |
| Cause du décès:  |  |
| Médecin ayant constaté le décès: |  |
| Rue et Numéro: |  |
| Code Postal: | Commune:  |

**CADRE A REMPLIR PAR L’AYANT DROIT**

 Nom: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prénom: . . . . . . . . . . . . .

Rue et Numéro: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Code Postal: . . . . . Commune: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Compte Bancaire: IBAN BE ** -  -  - ** BIC ****

Déclare avoir supporté les frais funéraires de (nom et prénom):

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

Comme preuve une photocopie de la **facture de l’entreprise de pompes funèbres** est jointe à cette
déclaration.

Date: . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa) Signature:

Veuillez écrire ci-dessous “Déclaré sincère et véritable”:

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

**Nous vous présentons nos sincères condoléances et vous souhaitons beaucoup de courage afin de surmonter ce deuil.**