



**Déclaration d'un ACCIDENT MORTEL DE TRAVAIL
ou d'un DECES SUR LE LIEU DE TRAVAIL**

Pour donner droit à l'intervention, le Fonds Social doit recevoir ce document dûment complété endéans un délai de trois ans après le décès.

1. CONDITIONS GENERALES

1. Au moment du décès, le travailleur doit être lié par un contrat de travail à une entreprise relevant de la compétence de la Commission Paritaire Nationale du Transport et de la Logistique, et déclaré comme ouvrier à l'ONSS dans la catégorie ONSS 083.
2. L'ouvrier doit être décédé suite à un accident de travail OU pendant l'exécution de son contrat de travail.
3. Le Fonds Social paiera l'indemnité de € 3.718,40 à la personne qui prouve avoir supporté les frais funéraires de l'ouvrier décédé.

2. RENSEIGNEMENTS DEMANDES

RENSEIGNEMENTS RELATIFS à l'EMPLOYEUR

Nom et prénom	
N°ONSS	
Adresse	
Téléphone + Fax	
Email	

Le soussignéagissant en qualité de certifie que l'ouvrier décédé se trouvait occupé au service de son entreprise au moment de son décès et que ses prestations sont déclarées à l'ONSS.

Il/elle déclare que l'ouvrier est décédé ¹ : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 	
Cachet de la société	Signature de l'employeur ou de son délégué
RENSEIGNEMENTS relatifs à la VICTIME	
Nom et prénom	
Adresse	
Date de naissance	
N° registre national	
Etat civil	
Nationalité	
CIRCONSTANCES du DECES	
Lieu du décès ²	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> décès pendant l'exécution de son contrat autre que suite à un accident de travail <input type="checkbox"/> lieu de stationnement <input type="checkbox"/> lieu de chargement ou déchargement <input type="checkbox"/> accident de route <input type="checkbox"/> accident sur le chemin de travail
Pays	
Rue + Localité	
Jour, date et heure du décès	
Cause du décès	
Médecin ayant constaté le décès : nom + adresse	

¹ Cocher la mention adéquate.

² Cocher la mention adéquate.

RENSEIGNEMENTS relatifs au BENEFICIAIRE	
Nom + prénom	
Adresse	
VIREMENT sur le compte n°/...../.....
<p>Le/la soussigné(e) déclare avoir supporté les frais funéraires de</p> <p>Comme preuve, il/elle joint à cette déclaration une photocopie de la facture de l'entreprise de pompes funèbres.</p>	
Date :	Signature