Formulaire de déclaration de Décès

# Informations concernant le défunt

Nom & prénom défunt : ………………………………………………………………….

Numéro national défunt :………………………………………… Date naissance défunt : ………………………..

Adresse déces :

* Hôpital André Vésale, rue de Gozée, 706 ;
* MRS QUIETUDE, rue de Gozée, 706 MRS (en réalité, rue des pinsons)
* Léonard de Vinci
* Domicile
* Hôme : ……………………………………………………………………………………………..
* Autre : ………………………………………………………………………………………………

Date du décès : ………………………………. (contactez le morguiste : 071/92 30 11)

Heure du décès : ………..h. …… (contactez le morguiste : 071/92 30 11)

Nom du médecin qui a constaté le décès : ……………………………. (contactez le morguiste : 071/92 30 11)

Le défunt était-il propriétaire : o Oui o Non

Le défunt avait-il des enfants majeurs ? o Oui Nombre :…………. O Non

Le défunt avait-il des enfants mineurs ? o Oui Nombre :…………. O Non

Etes-vous en possession de la carte d’identité : o Oui o Non

# Responsable de la famille

Personne responsable des funérailles :

* Son numéro national : ………………………………. Lien de parenté avec le défunt : …………………………
* Ses nom et prénom : ………………………………………………………………………………………………..
* Son adresse : …………………………………………………………………………………………….……………..

# Vos coordonnées :

Pompes funèbres : …………………………………………………………

N° téléphone : ………………………………………………………………..

N° Fax : ………………………………………

E-mail : …………………………………………………………………………..

Nom & Pr. de la personne qui se présentera au service décès pour la déclaration : ……………………………………………………………………… Numéro national :………………………………………….

Date de la déclaration chez nous :……./……../……. Et heure approximative : …………………. (Au plus tôt **24h00 (ouvrables)** après envoi du présent mail ou fax)

Type de paiement : □ Liquide □ Bancontact □ chèque N° : ……………………….

# Funérailles

Date funérailles : …………… Lieu levée du corps :………………………….. Heure levée du corps : ……h…….

Eglise :

* Oui Où :………………………………………………… heure cérémonie :………..h………….
* Non

Crématorium :

* Oui : lequel…………………………….. Heure incinération : ………h………….

Dans ce cas, veuillez nous envoyer ou faxer la demande d’incinération complétée et signée.

Nom du docteur assermenté si vous avez fait appel au vôtre :…………………………………………..

* Non

Destination du corps ou des cendres :

* Cimetière : lequel : ………………………………………. (si Montigny-le- Tilleul, prévenir le fossoyeur 071/51 16 04)
	+ Type de sépulture :
		- Terre commune
		- Concession
			* Existante ………………………
			* Nouvelle
		- Caveau
			* Existant ………………………
			* Nouvelle
		- Caveau d’attente
		- Pelouse d’honneur
		- Loge au columbarium :
			* Existante ………………………
			* Nouvelle
* Dispersion au crématorium
* Autre, à préciser (\*) : ……………………………………………………………………
* Heure d’inhumation ou de dispersion : ….h...

(\*)Si inhumation ou dispersion au domicile joindre la preuve de propriété.

(\*)Si inhumation ou dispersion dans un endroit autre que le cimetière joindre les dernières volontés ou l’attestation sur l’honneur ci-jointe complétée par la famille.