

Annonce d'un cas de décès en prévoyance professionnelle

Ce formulaire peut être rempli à l'écran. Utilisez la touche de tabulation pour passer d'un champ à l'autre.

Données contractuelles

N° du contrat	N° d'affiliation / de plan
Institution de prévoyance	
Employeur	
Fin du droit au salaire	

Renseignements sur la personne décédée

Dans le présent formulaire, la forme masculine utilisée pour désigner des personnes s'applique indifféremment aux hommes et aux femmes.

Nom, prénom	
Date de naissance	Date du décès
État civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> partenaire enregistré <input type="checkbox"/> concubin

Renseignements sur les survivants

Conjoint Partenaire enregistré Concubin

Nom, prénom
Date de naissance

Enfants:

Nom, prénom
Date de naissance

Nom, prénom
Date de naissance

Nom, prénom
Date de naissance

La personne décédée avait-elle précédemment divorcé?

- Oui (prière de joindre tous les jugements de divorce)
 Oui, mais le mariage avait duré moins de dix ans ou le conjoint divorcé s'est remarié
 Non

Informations sur le cas de prévoyance

Cause exacte du décès

Maladie

Maladie exacte:

(P. ex. cancer, maladie cardiaque, etc.)

Début de la maladie:

Accident

Accident de la circulation

Autre accident

Maladie professionnelle

Suicide

S'il a pour cause un accident, les suites d'un accident antérieur, une maladie professionnelle ou un suicide, le décès doit être annoncé à l'assureur accidents (LAA).

Assureur accidents (nom, adresse, NPA, localité)

(Si vous en disposez, prière de joindre une copie de l'annonce)

La personne décédée était-elle en incapacité de travail ou de gain avant le décès?

Non

Oui, depuis:

Documents nécessaires

Vous trouverez l'indication des documents nécessaires pour traiter ce cas décès dans la liste de contrôle ([LIEN VERS LISTE DE CONTRÔLE](#)) annexée. Si vous avez des questions ou des difficultés à vous procurer ces documents, nous nous tenons à votre disposition pour vous assister.

Merci de nous envoyer le présent formulaire accompagné des documents dont vous disposez déjà, puis de nous faire parvenir les documents manquants dans les meilleurs délais.

Remarques

Personne de contact auprès de l'institution de prévoyance

Nom, prénom

N° de téléphone

Courrier électronique