Avis de décès

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'assurance sociale 756. _____

Rue / n° _____ NPA/Lieu _____

État civil célibataire marié(e) divorcé(e) veuf/veuve
 partenariat enregistré partenariat dissous partenariat dissous suite au décès

Date du mariage, de l'enregistrement du partenariat ou du divorce _____

Informations sur le décès

Date du décès _____

Cause Maladie* Accident de la circulation ** Aucun accident de la circulation **
 Maladie professionnelle ** Suicide **

* Maladie exacte (p. ex. cancer, cardiopathie, etc.) _____

Début de la maladie _____

** Si le décès a été causé par un accident, les suites d'un accident antérieur, une maladie professionnelle ou un suicide, il doit être déclaré à l'assureur-accidents (LAA). Assureur-accidents (nom, adresse, NPA, localité)

La personne assurée était-elle en incapacité de travail avant son décès ? Oui Non

Jusqu'à quand le salaire sera-t-il versé ? _____

Existe-t-il des droits provenant d'autres institutions d'assurance ? Oui Non
(p. ex. SUVA, AVS, assurances étrangères, etc.)

Si oui, lesquelles ? _____

Personne de contact _____ Téléphone (privé) _____

NPA/Lieu _____ Téléphone (professionnel) _____

Rue/n° _____ Téléphone (portable) _____

Indications relatives à la justification du droit aux prestations en cas de décès (ayants droit)

Conjoint/partenaire enregistré

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

Rue/n° _____ NPA/Lieu _____

Percevez-vous déjà une rente de veuve/veuf ou de partenaire d'une autre institution de prévoyance (art. 23.1, let. b) ? Oui Non

Conjoint divorcé*

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

Rue/n° _____ NPA/lieu _____

* Si son mariage avec la personne décédée a duré plus de 10 ans et si une rente a été accordée au conjoint divorcé dans le jugement du divorce.

Concubinage : partenariat annoncé du vivant de la personne défunte

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Percevez-vous déjà une rente de veuve/veuf ou de partenaire d'une autre institution de prévoyance (art. 23.1, let. b) ? Oui Non

Enfants ayants droit selon le règlement de prévoyance

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

Coordonnées du compte bancaire ou postal (en cas de plusieurs bénéficiaires, veuillez indiquer un compte par bénéficiaire)

Nom de la banque/l'office postal _____

Adresse de la banque _____

IBAN/numéro de compte _____ SWIFT / BIC _____

Titulaire du compte _____

Documents requis

	est joint	suivra
Acte de décès officiel	☐	☐
Certificat médical de décès	☐	☐
Certificat de famille pour les rentes de conjoint et d'orphelin	☐	☐
Justificatif de formation pour les enfants de plus de 18 ans	☐	☐
Évent. jugement du divorce et certificat d'entrée en force	☐	☐
Attestation de résidence (domicile commun pendant au moins 5 ans)	☐	☐
Autres documents _____	☐	☐
Décisions de prestations AVS, SUVA, AM, assurances étrangères, etc.	☐	☐

Lieu, date

Signature

A signé ce formulaire

(Prénom et nom en caractères d'imprimerie)

Quel est votre lien (de parenté) avec la personne décédée ? _____ / Employeur

Adresse de la communauté héréditaire _____

Swisscanto 1e Fondation Collective
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg
043 210 19 01
1e@pfs.ch