

Avis de décès

Employeur

Raison sociale: _____ N° de contrat: _____

Personne assurée

Nom: _____ N° assurance sociale: 756. _____

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Etat civil: _____

NPA/localité: _____ Profession: _____

Données du sinistre

Date du décès: _____

Salaire annuel avant le décès*: CHF _____

Le décès est dû à: une maladie un accident une autre cause

Le sinistre a été annoncé à: l'assurance perte de gain maladie l'assurance accidents

Assureur: _____

Adresse: _____

NPA/localité: _____

N° de sinistre: _____

Coordonnées de la personne de contact

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

NPA/Localité: _____

Relation avec le défunt: _____

Annexes

- Acte de décès
- Décomptes d'indemnités journalières maladie ou accident
- Contrat d'apprentissage ou certificat d'étude pour les orphelins de plus de 18 ans
- *En cas de salaire horaire, joindre les décomptes salaire des 12 derniers mois avant le décès

Remarques

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur: