

## 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  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:

---