

Avis de décès

Données personnelles

Nom, prénom de l'assuré: _____

N° AVS: _____

Adresse: _____

NP Localité: _____

Employeur: _____ Contrat N°: _____

Date du décès (jour, mois, année): _____

Cause exacte du décès: _____

Le décès est-il dû à un accident ou a-t-il un rapport avec un accident précédent? oui non

Si oui, le décès a-t-il été annoncé à l'assureur-accident? oui non

Nom de l'assureur-accident: _____

Salaire annuel réglementaire: Fr. _____

Coordonnées de contact pour le paiement des prestations

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

NP Localité: _____

Relation avec le défunt: _____

Annexes

- Livret de famille mis à jour
- Acte de décès
- Liste officielle des héritiers
- Contrat d'apprentissage ou certificat d'étude pour les orphelins de plus de 18 ans
- En cas de divorce, jugement de divorce

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur :