

ANNONCE D'UN CAS DE DÉCÈS (formulaire employeur)

Page 1: à remplir par l'employeur de la personne décédée

EMPLOYEUR

Entreprise _____ Case postale _____
 Personne de contact _____ Rue, n° _____
 Téléphone _____ NPA, lieu _____
 E-mail _____

PERSONNE ASSURÉE

Nom, prénom _____ N° AVS _____
 Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Date du décès _____ (jj/mm/aaaa)
joindre une copie de l'acte de décès
 Sexe féminin masculin Taux d'occupation avant la mort _____ %
 Etat civil marié/e partenariat enregistré Marié/part. enregistré
 célibataire divorcé/e veuf/veuve depuis _____ (jj/mm/aaaa)
 concubinage * partenaire annoncé à l'IP quand vivant Oui Non

Dernière adresse de la personne décédée _____

Partenaire

Nom, prénom _____ Rue, n° _____
 Sexe féminin masculin NPA, lieu _____
 Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Téléphone _____

Personne de contact (si pas de partenaire)

joindre une copie de la procuration

Nom, prénom _____ Rue, n° _____
 Degré de parenté _____ NPA, lieu _____
 Téléphone _____

Enfants

Si en formation: joindre la/les confirmation/s de formation

1. Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m
 Adresse _____
 2. Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m
 Adresse _____
 3. Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m
 Adresse _____

DONNÉES SUR LE CAS DE PRESTATIONS

Date d'entrée dans l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa) Date de sortie de l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa)
 Cause décès maladie Diagnostic _____
 accident Nom assureur LAA _____
 Numéro de sinistre (si disponible) _____
 Suicide Nom assureur LAA _____
 Numéro de sinistre (si disponible) _____

La personne assurée, était-elle en incapacité de travail avant le décès? Oui*, depuis _____ (jj/mm/aaaa) Non

***joindre copies d'éventuels décomptes indemnités journalières**

Indemnité post mortem selon art. 338 al. 2 CO (poursuite du paiement du salaire)
 par l'employeur jusqu'au _____ (jj/mm/aaaa)

Lieu, date: _____ Timbre, signature: _____

Imprimer l'annonce (pages 1 et 2) et envoyer avec les documents à votre institution de prévoyance.

ANNONCE D'UN CAS DE DÉCÈS (formulaire institution de prévoyance)

Page 2: à remplir par l'institution de prévoyance

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE (IP)

Nom de l'IP _____ Case postale _____
 Personne de contact _____ Rue, n° _____
 Téléphone _____ NPA, lieu _____
 E-mail _____

DONNÉES SUR LE CAS DE PRESTATIONS

Nom, prénom de la personne assurée _____

Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)

Date d'affiliation à l'IP _____ (jj/mm/aaaa) Numéro d'affiliation _____

Y'a-t-il eu un versement anticipé pour

l'encouragement à la propriété? Oui Non

Y'a-t-il eu une mise en gage? Oui Non

Si oui:

Nom du créancier _____

Adresse du créancier _____

Au moment de l'entrée, un examen de santé a-t-il été effectué? Oui Non

Si oui, joindre une copie de la déclaration de santé

Au moment de l'entrée, une réserve de santé a-t-elle été appliquée? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

joindre une copie de la réserve de santé

Au moment du décès y'avait-il une réserve? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

joindre une copie de la réserve de santé

L'ordre des ayants droit a-t-il été modifié? Oui Non

Si oui, joindre une copie de l'ordre des ayants droits

Est-ce que la personne assurée était en incapacité de travail? Oui Non

Est-ce qu'une prestation de libre passage a été versée? Oui Non

Montant de l'avoir de vieillesse au jour du décès **ou** à la fin du mois de décès resp. du 1er du mois suivant

Selon le plan: CHF _____ per _____ (jj/mm/aaaa) Montant LPP prestations pour survivants CHF _____

Selon la LPP: CHF _____ per _____ (jj/mm/aaaa) Montant LPP prestations pour orphelins CHF _____

Dont compte retraite anticipée CHF _____

Dont rachats facultatifs à payer CHF _____

REMARQUES

Attention: En cas de prestations, il n'est pas autorisé de faire des versements (encouragement à la propriété du logement, mise engage, divorce, prestations de libre passage etc.) Veuillez introduire un stop dans votre système de paiement.

Lieu, date: _____ Timbre, signature: _____

Veuillez joindre les documents suivants: **Certificat de prévoyance, plan de prévoyance, Si disponible: copie acte de décès, copie livret de famille, ordre des ayants droit (si pas de partenaire)**

Envoyer le formulaire et les documents à: **PKRück, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

Veuillez noter que nous pouvons traiter un cas uniquement si nous disposons de tous les documents et informations!