

## Annnonce d'un cas de décès (pour les prestations de survivants de la caisse de pension)

### Données personnelles de l'assuré décédé

**Numéro AVS :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date du décès (jour, mois, année) : \_\_\_\_\_

Cause du décès :

 maladie

Diagnostic : \_\_\_\_\_

 accident

### État civil de l'assuré décédé

État civil :

 célibataire

 marié(e)

 séparé(e)

 divorcé(e)

 veuf/veuve

 partenariat enregistré

 partenariat dissous

dès (date) : \_\_\_\_\_

### Personne de contact

**Numéro AVS :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

### Partenaire

 conjoint(e)

 partenaire enregistré(e)

 concubin(e) signalé(e) à GastroSocial

**Numéro AVS :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### Enfants

L'assuré décédé laisse des enfants de moins de 20 ans

 Oui  Non

 L'assuré décédé laisse des enfants en formation de moins de 25 ans  
(attestation de formation nécessaire)

 Oui  Non

L'assuré décédé laisse des enfants invalides (invalidité d'au moins 70 %)

 Oui  Non

| Nom, Prénom : | Date de naissance : | Numéro AVS : | en formation :  |
|---------------|---------------------|--------------|---|
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### Personnes à l'entretien desquelles l'assuré décédé subvenait de façon substantielle

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_  
 Rue, Numéro : \_\_\_\_\_  
 NPA, Localité : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Contrat de soutien existant  Oui  Non

### Autres ayants droit

#### Parents de l'assuré décédé

Nom, Prénom du père : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_  
 Rue, Numéro : \_\_\_\_\_  
 NPA, Localité : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 État civil :  célibataire  marié  séparé  divorcé  veuf  
 partenariat enregistré  partenariat dissous  décédé  
 dès (date) : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_  
 Rue, Numéro : \_\_\_\_\_  
 NPA, Localité : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 État civil :  célibataire  mariée  séparée  divorcée  veuve  
 partenariat enregistré  partenariat dissous  décédée  
 dès (date) : \_\_\_\_\_

### Dernier employeur de l'assuré décédé

Nom de l'établissement :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Le contrat de travail a duré du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Pendant la période susmentionnée, existait-il une incapacité de travail avant la date du décès ?  Oui  Non

Si oui, veuillez mentionner le début de l'incapacité de travail :

L'incapacité de travail a-t-elle continué **sans interruption** jusqu'au décès ?  Oui  Non

### Autres assurances

L'assuré décédé percevait-il des prestations de la caisse-chômage au moment du décès ?  Oui  Non

Un droit à des prestations (LPP) est-il déjà revendiqué auprès d'une autre institution de prévoyance ?  Oui  Non

Si oui, auprès de quelle institution ? \_\_\_\_\_

Une demande de prestations AVS ou AI a-t-elle déjà été déposée ou est-elle en suspens ?

Pour l'assuré décédé  Oui  Non

Pour l'ayant droit  Oui  Non

Pour des enfants, resp. orphelins  Oui  Non

Des prestations des assurances suivantes reviennent-elles à d'éventuels ayants droit ?

Assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)  Oui  Non

Assurance-accidents (LAA)  Oui  Non

Assurance militaire (LAM)  Oui  Non

Autre/Assurance responsabilité civile (dans le cas d'un accident avec un tiers)

Non

Oui (veuillez indiquer les coordonnées de l'assurance compétente)

Assurance :

Adresse :

NPA, Localité :

Numéro de police :

Responsable de l'accident :

