

Fondation Abendrot

La caisse de pension durable

tél. 061 269 90 20

fax 061 269 90 29

Annnonce d'un cas de décès (formulaire employeur)

A remplir par l'employeur de la personne décédée

Employeur N° employeur

Entreprise	
Rue, n°	
NPA, lieu	
Personne de contact	
Téléphone	
E-Mail	

Personne assurée N° assuré/e

Nom, Prénom				
N° assurance sociale				
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin
Date du décès				
Dernière adresse				
Rue, n°				
NPA, lieu				
Etat civil:	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> part. enregistré	marié/part.enregistré depuis	
	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> concubinage

Partenaire

Nom, Prénom				
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin
Rue, n°				
NPA, lieu				
Téléphone				
E-Mail				
Langue correspondance	<input type="checkbox"/> al	<input type="checkbox"/> fr	<input type="checkbox"/> it	

Personne de contact (si pas de partenaire) (Joindre la procuration)

Nom, Prénom				
Degré de parenté				
Rue, n°				
NPA, lieu				
Téléphone				
E-Mail				
Langue correspondance	<input type="checkbox"/> al	<input type="checkbox"/> fr	<input type="checkbox"/> it	

Enfants (Si en formation, joindre la confirmation de formation. Si invalide, veuillez prendre contact avec la Fondation)

Nom, Prénom	
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Rue, n° / NPA, lieu	
Nom, Prénom	
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Rue, n° / NPA, lieu	
Nom, Prénom	
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Rue, n° / NPA, lieu	
Nom, Prénom	
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Rue, n° / NPA, lieu	

Données sur le cas de prestations

Date d'entrée dans l'entreprise	Date de sortie
Poursuite du paiement du salaire selon art. 338 al. 2 CO par l'employeur jusqu'au	
Cause décès	<input type="checkbox"/> maladie, diagnostic <input type="checkbox"/> accident, nom assureur LAA <input type="checkbox"/> suicide
La personne assurée, était-elle en incapacité de travail avant le décès?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, depuis
Nom et adresse du médecin qui en dernier a traité la personne décédée / qui a constaté le décès	

Adresse de paiement pour rentes de partenaire et d'orphelin

<input type="checkbox"/> Compte en banque (n° IBAN) <input type="checkbox"/> N° compte postal
Compte au nom de
Banque: nom/adresse
Code SWIFT (versem.à l'étranger)
Soumis à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Remarques

Lieu, date

Timbre, signature

Veuillez toujours joindre une copie de l'acte officiel de décès et (si marié) un extrait du livret de famille actualisé