

## Annnonce en cas de décès

Employeur ..... Lieu/Canton .....

N° d'entreprise ..... Plan .....

indépendant  employé

### Identité de la personne assurée décédée

Nom ..... Prénom .....

Rue/N° ..... NPA/Lieu .....

Date de naissance ..... N° d'ass. sociale .....

### Sexe

féminin  masculin

### Langue

allemand  français  italien

### Etat civil

célibataire  marié(e) depuis .....  divorcé(e) depuis .....  veuf/veuve

partenariat enregistré depuis .....

partenariat dissous  judiciairement depuis .....  par décès

Nationalité .....

### Date du décès (selon avis de décès)

Raison du décès .....  maladie  accident  suicide

Au moment du décès, la personne assurée était .....  active  invalide  retraitée

Date de la cessation du versement du salaire .....

### Personne de contact en cas de question:

Nom/Prénom .....

Téléphone (pendant la journée) ..... E-mail .....

### La personne assurée décédée était-elle assurée auprès d'une autre institution de prévoyance ou possédait-elle des comptes ou polices de libre passage?

oui (veuillez indiquer le nom de la banque ou de l'institution de prévoyance et joindre un extrait de compte ou un décompte)

non

Nom de la banque ou de l'institution de prévoyance	Rue/N°	NPA/Lieu
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Annonce en cas de décès

### Informations sur les ayants droit

Le règlement de prévoyance en vigueur au moment du décès est déterminant au sujet des ayants droit.

Survivants de la personne assurée décédée:

Conjoint/e ou partenaire enregistré/e     Partenaire

Nom ..... Prénom .....

Rue/N° ..... NPA/Lieu .....

Date de naissance ..... N° d'ass. sociale .....

Enfants ou enfants recueillis

Nom/Prénom	Date de naissance	Rue/N°	NPA/Lieu	En formation si âgés de plus de 18 ans?
.....	.....	.....	.....	<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

L'identité des personnes mentionnées ci-après ne doit être fournie que si la personne assurée décédée n'était pas mariée ou ne vivait pas dans le cadre d'un partenariat enregistré:

Père ou mère/Parents     Frères/sœurs     Personne prise en charge de manière considérable

Personne qui doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants

Nom/Prénom	Date de naissance	Adresse	Degré de parenté / Type de relation
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

L'une des personnes ayant droit fait-elle l'objet d'une mesure de protection de l'adulte?

oui, institution d'une curatelle     oui, validation d'un mandat pour cause d'incapacité     non

Nature de la curatelle .....

Nom/Prénom de la personne concernée .....

Nom/Prénom, adresse et numéro de téléphone de la curatelle ou de la personne en charge du mandat pour cause d'incapacité:

.....

La personne soussignée certifie l'exactitude de ses déclarations.

**Lieu/Date**

**Signature de la personne ayant droit**

.....

## Annonce en cas de décès

### Les documents suivants doivent être impérativement joints (copies):

- Acte officiel de décès et rapport du médecin légiste ou certificat médical de décès
- Certificat relatif à l'état de famille enregistré (acte de famille) de la personne décédée  
(Vous pouvez le commander auprès de l'office de l'état civil du lieu d'origine (citoyens suisses)  
ou auprès de l'état civil du lieu de domicile pour les ressortissants étrangers. Il est possible  
de le commander en ligne.)
- Décision de l'AVS pour le/la conjoint/e survivant/e
- Attestations de formation pour les enfants âgés de plus de 18 ans et décision de l'AVS
- Attestation officielle pour enfants recueillis

### Le cas échéant, veuillez également fournir les documents suivants:

- Copie de la décision de l'assurance-accident (AA) ou de l'assurance militaire (AM) en cas de mort accidentelle
- Copie de la décision d'autres assurances sociales (également étrangères)
- Copie du rapport de police (si disponible) en cas de mort accidentelle ou de suicide

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Case postale 319  
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Case postale 319  
3000 Berne 14