

## Avis de décès

\*Contrat n°: \_\_\_\_\_

\*Police n°: \_\_\_\_\_

\*Entreprise: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_

CP, lieu: \_\_\_\_\_

Prière de remplir les deux pages ainsi que les dater et signer.

\*Date du décès: \_\_\_\_\_

\*Décès par suite d'accident?  Oui  Non

### 1 Identité de la personne assurée (à remplir par l'employeur)

\*Nom: \_\_\_\_\_

\*Prénom: \_\_\_\_\_

\*Rue, n°: \_\_\_\_\_

\*CP, lieu: \_\_\_\_\_

Profession/Position: \_\_\_\_\_

\*Etat civil: \_\_\_\_\_

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

Entrée en service: \_\_\_\_\_

\*La personne décédée était-elle atteinte d'une incapacité de travail resp. de gain avant son décès?  Oui  Non

\*Y a-t-il des droits envers d'autres institutions d'assurance?  Oui  Non

Assureur-accidents: \_\_\_\_\_  Assurance militaire

Autres assurances (y compris les assurances sociales étrangères): \_\_\_\_\_

### Assurance vieillesse et survivants

Numéro d'assurance sociale: \_\_\_\_\_

Avis de décès à communiquer, le \_\_\_\_\_  Avis de décès en date du: \_\_\_\_\_

Canton compétent \_\_\_\_\_

Caisse de compensation compétente \_\_\_\_\_

### 2 Précisions pour la justification du droit aux prestations en cas de décès (concernant les ayants droit)

#### a) Veuve/Veuf/Partenaire enregistré

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_ CP, lieu: \_\_\_\_\_

#### b) Conjoint divorcé ou partenaire d'un partenariat dissous (si le mariage ou le partenariat enregistré avec le défunt a duré plus de 10 ans)

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_ CP, lieu: \_\_\_\_\_

#### c) Enfants du défunt pouvant prétendre à des prestations?

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Documents à fournir

Photocopie du livret de famille; pour les enfants en apprentissage ou poursuivant leurs études, s'ils ont passé la limite d'âge 18, une attestation de leur employeur resp. de leur établissement scolaire.

d) Autres ayants droit conformément au règlement de prévoyance (à défaut d'ayants droit sous les rubriques a–c):

---



---

Prestation désirée (rente/capital): \_\_\_\_\_

<b>Documents à fournir</b>	annexé	suivra
■ *Acte de décès officiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Certificat médical sur la cause du décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Livret de famille resp. acte sur le partenariat enregistré pour les rentes de survivant éventuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ *Certificat d'hérédité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Le cas échéant jugement de divorce légalisé resp. jugement légalisé sur la dissolution d'un partenariat enregistré (pour les ayants droit d'un mariage précédent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ En cas de droit aux prestations de l'assureur accident ou de l'Assurance militaire fédérale (Décisions de l'AVS et de l'assureur accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Autres documents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Cachet, signature de l'employeur

**Observations:**

---



---



---



---

**Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante:**

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, case postale 3855, 4002 Bâle