

Nom de l'employeur :

Données sur la personne assurée

Nom, prénom : Date de naissance :

Adresse :

No AVS : Sexe : masculin féminin

Etat civil : célibataire marié (e) divorcé (e)* veuf (ve) concubin (e)

Si en concubinage, nombre d'années de vie commune :

Nom, Prénom du conjoint/du concubin : Date de naissance :

Enfants communs avec le partenaire (jusqu'à 20 ans ou en formation jusqu'à 25 ans) : oui** non

A votre connaissance, la personne assurée était-elle déjà une fois divorcée : oui non

*Si divorcé(e) veuillez joindre une copie du jugement du divorce

** joindre une copie du certificat de famille et l'attestation de formation

Indications concernant le décès

a) Date du décès :

b) Cause du décès : maladie accident autre cause :

c) La personne défunte était-elle en incapacité de gain de plus de 60 jours avant son décès ?

oui, à% à partir du(Veuillez joindre le certificat médical) non

Adresse de paiement des ayants droit

Nom et adresse de la banque ou CCP :

Code SWIFT (BIC)* :

IBAN :

Titulaire du compte :

*(Impératif pour paiements à l'étranger)

Adresse des survivants (si connue)

.....
.....
.....

Documents à annexer

- acte officiel de décès
- copie intégrale du livret de famille ou extrait du registre d'état civil (inutile pour les célibataires sans enfants)
- certificat d'héritiers
- copie de la décision de rente de veuve de l'AVS, dès qu'elle sera en votre possession
- copie du jugement de divorce

Déclaration de consentement

Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.

Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.capav.ch.