

Demande de prestations en cas de décès

Prévoyance privée

Personne décédée

Prénom	<input type="text"/>	État civil	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié/e
Nom	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Vivant en partenariat enregistré	
Rue/n°	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> divorcé/e	<input type="checkbox"/> séparé/e
NPA/localité	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> veuf/veuve	
Pays	<input type="text"/>	Proches	<input type="checkbox"/> Conjoint/e	<input type="checkbox"/> Partenaire
Date de naissance	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Vivant en partenariat enregistré	
N° police	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Enfant(s), nombre:	<input type="text"/>
Autres polices	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Frères/sœurs

Décès

Date du décès	<input type="text"/>	Cause du décès	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident
			<input type="checkbox"/> Suicide	<input type="checkbox"/> Inconnue

Description de la cause du décès (si elle est connue)

Nom, adresse du médecin/de l'hôpital qui a constaté le décès

Nom, adresse du médecin traitant

Nom, adresse d'un autre médecin traitant

Le décès a-t-il été causé par la faute d'un tiers? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, description exacte



La personne décédée était-elle en incapacité de travail ou de gain avant le décès?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis quand

Avant son décès, la personne touchait-elle des prestations de rente/d'indemnité journalière des institutions d'assurance suivantes?

☐ Oui ☐ Non

☐ Assurance invalidité

☐ Assurance accidents

☐ Assurance d'indemnité journalière

☐ Autre prévoyance privée

Nom, adresse de l'assurance maladie obligatoire avant le décès

N° d'assurance

Interlocuteur

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Pays

N° portable

E-mail

Degré de parenté

☐ Conjoint/e

☐ Partenaire

☐ Vivant en partenariat enregistré

☐ Fils/fille

☐ Père/mère

☐ Frère/sœur

☐ Autres:

Langue de correspondance

☐ Allemand

☐ Français

☐ Italien

Qui devons-nous contacter pour le traitement ultérieur du décès (demande de documents, etc.)?

☐ L'interlocuteur ci-dessus

☐ Autre personne

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/localité

N° téléphone

Remarque sur la protection des données

Des informations concernant le traitement des données personnelles par Pax figurent dans la déclaration de confidentialité sous www.pax.ch/protection-des-donnees.

Vous vous engagez à informer les personnes concernées de la communication de leurs données personnelles à Pax dans les délais légaux et de porter à leur connaissance les dispositions de Pax relatives à la protection des données.



.....
Signature

Par votre signature, vous confirmez avoir fourni à Pax des informations complètes et exactes.

Lieu/date

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

Signature

