

Demande de prestations en cas de décès

Prévoyance privée

Personne décédée

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

Décès

Date du décès		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?

Si oui, depuis quand

Oui Non

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

Degré de parenté

Conjoint/e

Partenaire

Nom

Vivant en partenariat enregistré

Fils/fille

Rue/n°

Père/mère

Frère/sœur

NPA/localité

Autres:

Pays

Langue de correspondance

Allemand

Français

Italien

N° portable

E-mail

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

Signature

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

