

Annonce d'un cas de décès

Entreprise n°
Contrat n° /

Employeur Nom et adresse

Interlocuteur

E-mail

Téléphone

Personne assurée

Nom

Prénom

Numéro d'assuré

Rue, NPA, localité

Date de naissance

Sexe

m f

Etat civil

Nombre d'enfants de moins de 18 ans

Nombre d'enfants de moins de 25 ans en formation

Cas de décès Date du décès

Cause Maladie

Accident/maladie professionnelle

Avant son décès, la personne assurée a-t-elle connu une réduction de sa capacité de travail pendant plus de trois mois?

Oui Non

Interlocuteur Nom

Prénom

Rue, NPA, localité

Téléphone

Relation avec la personne décédée

Remarques

Signature Date

Cachet et signature de l'employeur

A retourner à Vorsorgestiftung Film und Audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur