

Demande de prestations en cas de décès Prévoyance privée

Personne décédée

Prénom	<input type="text"/>	État civil	Célibataire	Marié/e
Nom	<input type="text"/>		Vivant en partenariat enregistré	
Rue/n°	<input type="text"/>		Divorcé/e	Séparé/e
NPA/domicile	<input type="text"/>		Veuf/veuve	
Pays	<input type="text"/>	Proches	Conjoint/e	Partenaire
Date de naissance	<input type="text"/>		Vivant en partenariat enregistré	
Police n°	<input type="text"/>		Enfant(s), nombre:	<input type="text"/>
Autres polices	<input type="text"/>		Parents	Frères et sœurs

Décès

Date du décès	<input type="text"/>	Cause du décès	Maladie	Accident
			Suicide	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	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Degré de parenté	<input type="checkbox"/> Conjoint/e	<input type="checkbox"/> Partenaire
Nom	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Fils/fille	<input type="checkbox"/> Père/mère
Rue/n°	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Frère/sœur	<input type="checkbox"/> Vivant en partenariat enregistré
NPA/domicile	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		Autres:	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Pays	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Français
N° de portable	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> Italien	
E-mail	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>			

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

L'interlocuteur ci-dessus

Autre personne (prénom, nom, adresse, téléphone)

Signature

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

Lieu/date	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Signature	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Prénom/nom en caractères d'imprimerie	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		

