



## Certificat médical de décès

A remplir par le médecin traitant:

### 1. Personne assurée

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_\_ Décédé(e) le: \_\_\_\_\_

No AVS: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_

NPA, Domicile: \_\_\_\_\_

### 2. Attestation relative à la cause du décès

Maladie  Accident  Décès violent/suicide

Description détaillée de la cause du décès:

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

En cas de maladie: avant son décès, la personne assurée était-elle en incapacité de travail?

oui  non

Si oui, pour quelle raison:

.....  
.....

Le défunt était en incapacité de travail à .....% depuis le.....



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

Lieu et date, timbre et signature du médecin:

.....

Veillez joindre à ce formulaire une note d'honoraire ou un bulletin de versement déjà rempli.



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

**Confidentiel**

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Case postale  
8050 Zurich

**Confidentiel**

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Case postale  
8050 Zurich

Nous vous remercions de joindre cette page de garde aux documents que vous nous renvoyez.

Veillez nous renvoyer vos documents sans les relier (pas de trombones, d'agrafes ni de scotch).

