



Certificat médical de décès

1. Personne assurée

A remplir par le médecin traitant:

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.....

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
SWITZERLAND

Confidentiel

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

Prévoyance LPP

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

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

