



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

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Prévoyance LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Confidentiel

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Prévoyance LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

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).

