

Avis de décès (assurance vie collective)

Employeur ou institution de prévoyance: _____

1. Données personnelles de la personne décédée

Contrat n°

Personne assurée n°

Nom

Prénom

Rue/n°

NPA/localité

État civil

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Partenariat enregistré Partenariat

Date de naissance: Jour Mois Année

Date du décès: Jour Mois Année

Cause du décès
 Maladie Accident

La personne décédée présentait-elle avant son décès une incapacité de travail ou de gain de plus que trois mois? Oui Non

Médecin traitant **nom, adresse** _____

Hôpitaux **nom, adresse** _____

autres médecins **nom, adresse** _____

2. Remarques

Lieu

Signature de l'employeur respectivement de l'institution de prévoyance

(votre signature n'est nécessaire que si vous nous envoyez ce formulaire par voie postale)

Date: Jour Mois Année

Prière d'envoyer ce formulaire directement à Zurich Suisse, prestations vie collective, case postale, 8085 Zürich ou prière d'expédier ce formulaire par voie électronique à: Leistungen_KL_Tod@zurich.ch