

## 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

Date: Jour Mois Année

**Envoyer**