

# Annonce d'un cas de décès (formulaire employeur)

Page 1: à remplir par l'employeur de la personne décédée

## Employeur

Entreprise _____	Case postale _____
N° d'entreprise _____	Rue, n° _____
Personne de contact _____	NPA, lieu _____
Email _____	Téléphone _____

## Personne assurée

Nom, prénom _____	N° AVS _____
Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)	Date du décès _____ (jj/mm/aaaa) <b>joindre une copie de l'acte de décès</b>
Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Taux d'occupation avant la mort _____ %
Etat civil <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> partenariat enregistré	Marié / part. enregistré depuis _____ (jj/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> veuf/veuve	
<input type="checkbox"/> concubinage*	*partenaire annoncé à l'IP quand vivant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dernière adresse de la personne décédée _____	

## Partenaire

Nom, prénom _____	Rue, n° _____
Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	NPA, lieu _____
Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)	Téléphone _____

## Personne de contact (si pas de partenaire)

Nom, prénom _____	joindre une copie de la procuration
Degré de parenté _____	Rue, n° _____
Téléphone _____	NPA, lieu _____

## Enfants

1. Nom, prénom _____	Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m
Adresse _____		
2. Nom, prénom _____	Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m
Adresse _____		
3. Nom, prénom _____	Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m
Adresse _____		

## Si en formation: joindre la/les confirmation/s de formation

## Données sur le cas de prestations

Date d'entrée dans l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa)	Date de sortie de l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa)
Cause décès <input type="checkbox"/> maladie Diagnostic _____	_____
<input type="checkbox"/> accident Nom assureur LAA _____	_____
Numéro de sinistre (si disponible) _____	_____
<input type="checkbox"/> suicide Nom assureur LAA _____	_____
Numéro de sinistre (si disponible) _____	_____

La personne assurée, était-elle en incapacité de travail avant le décès?  oui\*, depuis \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  non  
\*joindre copies d'éventuels décomptes indemnités journalières

Est-ce que l'incapacité de gain a déjà été annoncée à Caisse de Pension PKG?  oui  non

Indemnité post mortem selon art. 338 al. 2 CO (poursuite du paiement du salaire) par l'employeur jusqu'au \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Lieu, date \_\_\_\_\_ Timbre, signature \_\_\_\_\_

Imprimer l'annonce (p. 1 et 2) et envoyer avec les documents à: Caisse de Pension PKG, Zürichstrasse 16, 6000 Lucerne 6