

## ANNONCE D'UN CAS DE DÉCÈS (formulaire employeur)

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

### EMPLOYEUR

Entreprise \_\_\_\_\_ Case postale \_\_\_\_\_  
 Personne de contact \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

### PERSONNE ASSURÉE

Nom, prénom \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Date du décès \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  
**joindre une copie de l'acte de décès**  
 Sexe  féminin  masculin Taux d'occupation avant la mort \_\_\_\_\_ %  
 Etat civil  marié/e  partenariat enregistré Marié/part. enregistré  
 célibataire  divorcé/e  veuf/veuve depuis \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  
 concubinage \*  partenaire annoncé à l'IP quand vivant  Oui  Non

Dernière adresse de la personne décédée \_\_\_\_\_

### Partenaire

Nom, prénom \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_  
 Sexe  féminin  masculin NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Téléphone \_\_\_\_\_

### Personne de contact (si pas de partenaire)

**joindre une copie de la procuration**

Nom, prénom \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_  
 Degré de parenté \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_

### Enfants

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

1. Nom, prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Sexe  f  m  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 2. Nom, prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Sexe  f  m  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 3. Nom, prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Sexe  f  m  
 Adresse \_\_\_\_\_

### 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  maladie Diagnostic \_\_\_\_\_  
 accident Nom assureur LAA \_\_\_\_\_  
 Numéro de sinistre (si disponible) \_\_\_\_\_  
 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**

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 et envoyer avec les documents à: PKG Pensionskasse, Zürichstrasse 16, 6000 Luzern 6**