

# Avis de décès

Titre: <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Date de naissance: _____
Nom: _____	Prénom: _____
Rue: _____	Numéro: _____
NPA: _____	Lieu: _____
Pays: _____	Nationalité(s): _____
E-mail: _____	Téléphone: _____

(ci-après «personne assurée»)

## 1. Autres données

Numéro AVS: \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance: \_\_\_\_\_

Décédé le: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

Cause de décès:  Maladie  Accident  Suicide  Autre

Nombre d'enfants de moins de 21 ans: \_\_\_\_\_ entre 21 et 25 ans et en formation: \_\_\_\_\_

Au moment du décès, la personne assurée était-elle apte à travailler ?  Oui  Non Si non, depuis quand ? \_\_\_\_\_

## 2. Personne de contact pour le paiement de la prestation de décès

Titre:  Monsieur  Madame

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_ Numéro: \_\_\_\_\_

NPA: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Lien avec la personne assurée: \_\_\_\_\_

## 3. Remarques

---


---

---

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli par courrier postal ou par e-mail à :

Stiftung freie Vorsorge  
Löwenstrasse 25  
Case postale  
8021 Zurich

E-mail: [info@freievorsorge.ch](mailto:info@freievorsorge.ch)

Date: _____	_____
	
Nom: _____	Prénom: _____

