

## Annonce cas de décès

**Quand une personne assurée qui a accumulé un avoir de vieillesse auprès de la Caisse de pension GastroSocial décède, les survivants ayants droit perçoivent une rente et/ou un capital décès.**

### Identité de la personne décédée

Numéro AVS :

Nom, Prénom :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Date de naissance :

Date du décès (jour, mois, année) :

Cause du décès :

maladie

accident

### État civil de la personne décédée

État civil :

célibataire

marié(e)

séparé(e)

divorcé(e)

veuf/veuve

partenariat enregistré

partenariat dissous

dès (date) :

### Personne de contact

Numéro AVS :

Nom, Prénom :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Téléphone :

E-Mail :

### Partenaire

conjoint(e)

partenaire enregistré(e)

concubin(e) signalé(e) à GastroSocial

Y avait-il jusqu'au décès une communauté de vie ininterrompue dans le même ménage ?

Oui

Non

Numéro AVS :

Nom, Prénom :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Date de naissance :

### Enfants

La personne décédée laisse derrière elle des enfants de moins de 20 ans  Oui  Non

La personne décédée laisse derrière elle des enfants en formation de moins de 25 ans (attestation de formation nécessaire)  Oui  Non

La personne décédée laisse derrière elle des enfants invalides (invalidité d'au moins 70 %)  Oui  Non

| Nom, Prénom : | Date de naissance : | Numéro AVS : | en formation :  |
|---------------|---------------------|--------------|---|
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|               |                     |              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### Personnes entretenues de façon prépondérante par la personne décédée

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Contrat de soutien existant  Oui  Non

### Autres ayants droit

#### Parents de la personne décédée

Nom, Prénom du père : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

État civil :  célibataire  marié  séparé  divorcé  veuf  
 partenariat enregistré  partenariat dissous  décédé

dès (date) : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

État civil :  célibataire  mariée  séparée  divorcée  veuve  
 partenariat enregistré  partenariat dissous  décédée

dès (date) : \_\_\_\_\_

### Dernier employeur de la personne décédée

Nom de l'établissement :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Le contrat de travail a duré du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Pendant la période susmentionnée, existait-il une incapacité de travail avant la date du décès ?  Oui  Non

Si oui, veuillez mentionner le début de l'incapacité de travail : \_\_\_\_\_

### Autres assurances

La personne décédée touchait-elle des prestations de la caisse d'assurance-chômage au moment du décès ?  Oui  Non

Un droit à des prestations (LPP) est-il déjà revendiqué auprès d'une autre institution de prévoyance ?  Oui  Non

Si oui, auprès de quelle institution ? \_\_\_\_\_

Une demande de prestations AVS ou AI a-t-elle déjà été déposée ou est-elle en suspens ?

Pour la personne décédée  Oui  Non

Pour l'ayant droit  Oui  Non

Pour des enfants, resp. orphelins  Oui  Non

Des prestations des assurances suivantes reviennent-elles à d'éventuels ayants droit ?

Assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)  Oui  Non

Assurance-accidents (LAA)  Oui  Non

Assurance militaire (LAM)  Oui  Non

Autre/Assurance responsabilité civile (dans le cas d'un accident avec un tiers)

Non

Oui (veuillez indiquer les coordonnées de l'assurance compétente)

Assurance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Responsable de l'accident : \_\_\_\_\_

