

Annnonce d'un cas de décès (pour les prestations de survivants de la caisse de pension)

Données personnelles de l'assuré décédé

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 l'assuré décédé

 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

Numéro AVS :

Nom, Prénom : _____

Rue, Numéro : _____

NPA, Localité : _____

Date de naissance : _____

Enfants

L'assuré décédé laisse des enfants de moins de 20 ans

 Oui Non

 L'assuré décédé laisse des enfants en formation de moins de 25 ans
(attestation de formation nécessaire)

 Oui Non

L'assuré décédé laisse 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 à l'entretien desquelles l'assuré décédé subvenait de façon substantielle

Nom, Prénom : _____ Numéro AVS : _____
 Rue, Numéro : _____
 NPA, Localité : _____
 Date de naissance : _____
 Contrat de soutien existant Oui Non

Autres ayants droit

Parents de l'assuré décédé

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 l'assuré décédé

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

L'assuré décédé percevait-il des prestations de la caisse-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 l'assuré décédé 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 : _____

Adresse de paiement de l'ayant droit

Veillez joindre un bulletin de versement ou indiquer précisément et complètement l'adresse de paiement.

Numéro IBAN :

Nom, Adresse du titulaire du compte :

Compte postal/bancaire :

Nom, Adresse de la banque (pas d'abréviation) :

Code BIC/SWIFT (obligatoire pour les paiements à l'étranger) :

Autorisation et signature de l'ayant droit

J'autorise la Caisse de pension GastroSocial à réunir tous les renseignements nécessaires à l'examen du droit aux prestations et à avoir accès aux documents médicaux. Cette procuration est aussi bien valable pour les médecins, offices administratifs, caisses maladie, assurances publiques et privées ou institutions d'aide sociale, offices AVS/AI que pour des tiers lorsque des droits à des dommages-intérêts provenant de ce cas d'assurance sont possibles.

Nom, Prénom (en caractères d'imprimerie) :

Lieu et date

Signature

Que se passe-t-il ensuite ?

Dès que nous aurons reçu vos documents, nous les examinerons en détail.

Si les documents dont nous avons besoin devaient ne pas être complets, nous prendrions contact avec vous dans les 10 jours suivants.

Si tous les documents nécessaires nous sont parvenus, vous recevrez notre décision de prestation sous 30 jours.