

INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE NPA / LIEU

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE (PA)

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE NO. ASS. SOC.

SEXE MASCULIN FÉMININ

ÉTAT CIVIL CÉLIBATAIRE DIVORCÉ(E) LIÉ PAR UN PARTENARIAT ENREGISTRÉ INCONNU
MARIÉ(E) VEUF/VEUVE PARTENARIAT DISSOUS**INFORMATIONS RELATIVES AU CONJOINT/CONCUBIN OU À LA PERSONNE DE CONTACT**

NOM PRÉNOM

RUE NPA / LIEU

TÉL. E-MAIL

DEGRÉ DE PARENTÉ

ENFANTS (MOINS DE 18 ANS OU DE 25 ANS ET ENCORE EN FORMATION)

NOM PRÉNOM DATE DE NAISSANCE

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉCÈSCAUSE DU DÉCÈS MALADIE, TYPE DE MALADIE
ACCIDENT SUICIDE INCONNU**COMPTE POUR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS DE SURVIVANTS**

TITULAIRE DU COMPTE

INSTITUT FINANCIER

ADRESSE

IBAN

REMARQUES

VEUILLEZ RÉPONDRE EN TOUTE CONSCIENCE AUX QUESTIONS DE MANIÈRE COMPLÈTE ET VÉRIDIQUE. TOUTE ANNONCE TARDIVE, FAUSSE OU INCOMPLÈTE PEUT ENTRAÎNER UNE RÉDUCTION OU UN REFUS DE PRESTATIONS.

PROCURATION

EN OUTRE, LA PERSONNE SURVIVANTE AUTORISE TOUTES LES PERSONNES ET ENTITÉS ENTRANT EN CONSIDÉRATION À DONNER À LA FONDATION, À SON RÉASSUREUR AINSI QU'À LA BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG TOUTES LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES POUR DÉTERMINER LE DROIT À DES PRESTATIONS ET POUR LES CALCULER.

LIEU, DATE :

SIGNATURE

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS

COPIE ACTE DE DÉCÈS OFFICIEL (Y C. TOUTES LES PAGES)

COPIE CERTIFICAT DE FAMILLE

ATTESTATION MÉDICALE (CF. ANNEXE)

COPIE DÉCISIONS DE RENTE AVS, SUVA, AUTRE CAISSE DE

PENSION, ASSURANCE SOCIALE ÉTRANGÈRE, ETC.

LE FORMULAIRE EST À RETOURNER SANS DÉLAI AVEC LA MENTION "CONFIDENTIEL" À