

Annonce d'un cas de décès

Entreprise n°

Contrat n° /

Employeur Nom et adresse

Interlocuteur

Adresse e-mail

N° de téléphone

Personne assurée

Nom

Prénom

Numéro d'assuré

Rue, NPA, localité

Date de naissance

Sexe

m f

Etat civil

Nombre d'enfants de moins de 18 ans

Nombre d'enfants de moins de 25 ans en formation

Cas de décès Date du décès

Cause Maladie

Accident/maladie professionnelle

Avant son décès, la personne assurée a-t-elle connu
une réduction de sa capacité de travail pendant plus
de trois mois?

Oui Non

Interlocuteur Nom

Prénom

Rue, NPA, localité

Relation avec la personne décédé

Joignable Adresse e-mail privée

N° de téléphone

Remarques

Signature Date

Cachet et signature de l'employeur

A retourner à **Fondation de Prévoyance Film et Audiovision**
c/o Allvisa Services AG
case postale
8027 Zurich