

## Annonce d'un cas de décès (formulaire employeur)

Page 1: à remplir par l'employeur de la personne décédée

### Employeur

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Entreprise _____          | Case postale _____ |
| Personne de contact _____ | Rue, n° _____      |
| Téléphone _____           | NPA, lieu _____    |
| E-mail _____              |                    |

### Personne assurée

|   |   |
|---|---|
| Nom, prénom _____   | N° AVS _____  |
| Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)  | Date du décès _____ (jj/mm/aaaa)<br><b>joindre une copie de l'acte de décès</b>                   |
| Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin                                     | Taux d'occupation avant la mort _____ %   |
| Etat civil <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> partenariat enregistré                 | Marié / part. enregistré depuis _____ (jj/mm/aaaa)  |
| <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> veuf/veuve |   |
| <input type="checkbox"/> concubinage*   | *partenaire annoncé à l'IP quand vivant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Dernière adresse de la personne décédée _____   |   |

### Partenaire

|   |                 |
|---|-----------------|
| Nom, prénom _____   | Rue, n° _____   |
| Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin | NPA, lieu _____ |
| Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa)                                    | Téléphone _____ |

### Personne de contact (si pas de partenaire)

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nom, prénom _____      | <b>joindre une copie de la procuration</b> |
| Degré de parenté _____ | Rue, n° _____                              |
| Téléphone _____        | NPA, lieu _____                            |

### Enfants

|  |   |
|--|---|
| <b>Si en formation: joindre la/les confirmation/s de formation</b> |   |
| 1. Nom, prénom _____   | Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m |
| Adresse _____  |   |
| 2. Nom, prénom _____   | Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m |
| Adresse _____  |   |
| 3. Nom, prénom _____   | Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m |
| Adresse _____  |   |

### Données sur le cas de prestations

|  |  |
|--|--|
| Date d'entrée dans l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa)   | Date de sortie de l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa)                    |
| Cause décès <input type="checkbox"/> maladie Diagnostic _____  |  |
| <input type="checkbox"/> accident Nom assureur LAA _____   |  |
| Numéro de sinistre (si disponible) _____   |  |
| <input type="checkbox"/> suicide Nom assureur LAA _____  |  |
| Numéro de sinistre (si disponible) _____   |  |
| La personne assurée, était-elle en incapacité de travail avant le décès? <input type="checkbox"/> oui*, depuis _____ (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> non | <b>*joindre copies d'éventuels décomptes indemnités journalières</b> |
| Indemnité post mortem selon art. 338 al. 2 CO (poursuite du paiement du salaire) par l'employeur jusqu'au _____ (jj/mm/aaaa)                                   |  |

Lieu, date \_\_\_\_\_ Timbre, signature \_\_\_\_\_

Imprimer l'annonce et envoyer avec les documents à: Fondation **Integral**, Commercialstrasse 34, Postfach 286, 7007 Chur