

Annnonce d'un décès

Formulaire pour les survivants

Partenaire contractuel: GEMINI Fondation collective 1e 50/067.515

Nom de l'entreprise: _____

Personne de contact: _____ E-mail: _____

1. Informations sur la personne assurée

Nom et prénom _____

Rue _____

NPA/localité _____

Date de naissance _____

a) Etat civil de la personne assurée au moment du décès:

(veuillez cocher ce qui convient)

Mariée ou en partenariat enregistré: date du mariage/de l'enregistrement: _____

Divorcée ou en partenariat dissous

Veuf/veuve

Célibataire

b) La personne défunte vivait-elle en communauté de vie analogue au mariage au moment du décès?

Oui Non

Pour une personne assurée non mariée ayant vécu en communauté de vie analogue au mariage au moment du décès:

- Attestations de domicile des communes sur les 5 dernières années pour la personne assurée
- Attestations de domicile des communes sur les 5 dernières années pour le partenaire survivant
- Extrait du registre de l'état civil du partenaire survivant
- Extraits du registre de l'état civil pour les enfants communs

c) La personne assurée avait-elle déjà été en situation de divorce ou de dissolution d'un partenariat enregistré? Oui Non

d) Nom, date de naissance, n° AVS et adresse des conjoints et partenaires enregistrés (présents et passés).

Si un ou plusieurs mariages ou partenariats enregistrés ont duré plus de 10 ans, et que le jugement de divorce/de dissolution du partenariat concerné comprend une obligation d'entretien (rente ou capital) à la charge de la personne assurée, veuillez joindre les copies des documents suivants:

- Jugement de divorce avec convention de divorce ou les documents correspondants en rapport avec la dissolution d'un partenariat enregistré
- Décision de l'AVS concernant la rente et éventuelle décision de l'assureur LAA

Nom, date de naissance et n° AVS des enfants de la personne assurée:

Pour les jeunes en formation ou en incapacité de gain durable entre 18 et 25 ans, veuillez joindre la confirmation de l'établissement de formation/de l'école/de l'université ou la décision de l'AI.

2. Incapacité de travail pour raison de santé avant le décès

La personne assurée était-elle en incapacité de travail plus de 3 mois avant son décès pour raison de santé (veuillez cocher ce qui convient)?

Non

Oui, à _____ % à partir du ____

Nom et adresse du dernier médecin traitant:

Si un certificat médical avec diagnostic et suivi a été établi, veuillez le joindre en indiquant le nom et l'adresse de l'assurance à laquelle il était destiné.

3. Informations sur le décès

Date du décès _____ Maintien du salaire jusqu'au _____

Cause du décès (veuillez cocher ce qui convient)

Maladie infectieuse

Maladie du système respiratoire

Suicide

Cancer

Maladie métabolique

Maladie psychique

Insuffisance circulatoire

Accident de circulation

SIDA

Défaillance du système digestif

Autres accidents, victime d'homicide

Drogues

Autres causes _____

A joindre dans tous les cas:

- Acte de décès officiel
- Extrait d'état civil ou copie du livret de famille intégral de la personne assurée
- Adresse de l'instance compétente pour le règlement de la succession (p. ex. notaire)
- Certificat d'héritier

4. Versement d'éventuelles prestations

Nom et adresse de la banque _____

N° IBAN _____

Détenteur/trice (nom et prénom) _____

5. Adresse des survivants

6. Remarques

La société de réassurance de GEMINI Fondation collective 1e est la Bâloise Vie SA.

La personne soussignée confirme par sa signature que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Elle habilite Bâloise Vie SA et GEMINI Fondation collective 1e à exploiter les données concernant la personne assurée dans le cadre du traitement et de l'examen du présent cas d'assurance. Les pouvoirs suivants sont notamment conférés à la Bâloise Vie SA et GEMINI Fondation collective 1e

- Communication des données à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger (p. ex. assureur et réassureur)
- Possibilité de recours envers un tiers responsable (ou son assureur responsabilité civile) et de lui fournir les données nécessaires dans ce contexte
- Possibilité de demander des renseignements auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropracticiens, psychologues, fournisseurs de prestations mandatés par un médecin, laboratoires, hôpitaux, institutions de soins stationnaires ou ambulatoires, établissements de santé), des assurances sociales (AVS, AI, LAA et LAMal), des assurances privées, des institutions de prévoyance, des organes officiels, des employeurs ainsi que des témoins et d'autres personnes de référence, et accès aux dossiers

La personne soussignée habilite les personnes et institutions concernées à fournir sur demande à la Bâloise Vie SA et à GEMINI Fondation collective 1e ou à son service médical toutes les données nécessaires à l'examen et au traitement du cas d'assurance et les délie de leur devoir de discrétion à ces fins.

Le déliement du secret professionnel est aussi valable pour la Bâloise Vie SA et GEMINI Fondation collective 1e s'agissant des données qu'elle communique à des tiers dans le cadre du traitement du cas d'assurance.

Lieu et date

Signature