

## Déclaration de décès

Numéro de contrat	
Preneur d'assurance	
Numéro d'assuré	

### 1. Données personnelles

Nom et adresse	
Date de naissance	
État civil de la personne assurée au moment du décès	
Marié(e) ou lié(e) par un partenariat enregistré	<input type="radio"/> Oui
Si oui, date du mariage / de l'enregistrement du partenariat	
Divorcé(e) ou partenariat dissous	<input type="radio"/> Oui
Veuf/veuve	<input type="radio"/> Oui
Célibataire	<input type="radio"/> Oui
La personne assurée vivait-elle en communauté de vie assimilable au mariage au moment du décès?	<input type="radio"/> Oui

Si, au moment du décès, la personne assurée n'était pas mariée mais vivait en communauté de vie assimilable au mariage, les documents suivants doivent être fournis:

- attestations de domicile de la commune dans laquelle la personne assurée a habité durant les 5 dernières années;
- attestations de domicile de la commune dans laquelle le partenaire survivant a habité durant les 5 dernières années;
- extrait du registre de l'état civil du partenaire survivant;
- extraits du registre de l'état civil pour les enfants communs.

La personne assurée était-elle divorcée à un moment autre que celui du décès ou un partenariat enregistré a-t-il déjà été dissous?  Oui  Non

Nom, date de naissance, numéro AVS et adresse de tous les conjoints et partenaires enregistrés (même anciens):


Si un ou plusieurs mariages ou partenariats enregistrés ont duré plus de 10 ans et si le jugement de divorce ou de dissolution a prévu une obligation d'entretien (rente ou capital) à la charge de la personnes assurée, veuillez joindre les copies des documents suivants:

- jugement de divorce avec convention de divorce ou documents relatifs à la dissolution d'un partenariat enregistré;
- décision de rente AVS et, le cas échéant, décision de l'assureur LAA.

## 2. Orphelins

Nom, date de naissance, numéro AVS et adresse des enfants de la personne assurée:

---



---



---

Pour les enfants âgés entre 18 et 25 ans en formation ou en incapacité de gain durable, veuillez joindre le contrat d'apprentissage ou le certificat de scolarité de l'école/université ou la décision de rente AI.

## 3. Incapacité de travail pour raison de santé antérieure au décès

La personne assurée était-elle déjà en incapacité de travail pour raison de santé plus de 3 mois avant son décès?  Oui  Non

Si oui, à partir de quand et à quel degré (en %)

---



---

Nom et adresse du dernier médecin traitant

---



---

Si un certificat médical avec diagnostic et évolution de l'affection a été établi, veuillez le joindre ou indiquer le nom et l'adresse de la compagnie d'assurances à laquelle il a été remis.

## 4. Informations relatives au cas de décès

Cause du décès

Cause du décès

Maladie infectieuse

Arrêt cardio-vasculaire

Cancer

Accident de la route

Défaillance de l'appareil digestif

Accident d'autre nature, homicide

Affection des voies respiratoires

SIDA

Maladie métabolique

Drogues

Suicide

Maladies psychiques

Autres causes

Veuillez joindre impérativement:

- acte de décès officiel;
- extrait du registre des familles ou copies de l'intégralité du livret de famille de la personne assurée;
- adresse de l'autorité / du notaire chargé(e) du règlement de la succession;
- certificat d'héritier / liste des héritiers.

## 5. Nom, adresse et numéro de téléphone des survivants

---



---



---



---



---

---

**6. Remarques**

---

--

---

**7. Libération de l'obligation de confidentialité**

---

Le/la soussigné(e) autorise la Bâloise Vie SA à traiter, coordonner et échanger ses données personnelles pour l'examen de son cas d'assurance.

La Bâloise Vie SA peuvent notamment:

- transmettre des données à des tiers concernés (fournisseurs de prestations médicales, assureurs sociaux et privés, institutions de prévoyance, autorités, case manager) pour le traitement de données;
- se procurer toute information utile auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin, laboratoires, hôpitaux, cliniques de réadaptation, institutions de soins semi-stationnaires ou ambulatoires, établissements médico-sociaux), des assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMal, assurance militaire, assurance-chômage) et privés, des institutions de prévoyance, des autorités, des employeurs ainsi que de toute autre personne susceptible de fournir des renseignements, et consulter leurs dossiers.

Le/la soussigné(e) autorise les personnes et institutions concernées à transmettre à la Bâloise Vie SA, sur demande, les données nécessaires à l'examen et au traitement du cas d'assurance. Il/elle les libère à cet effet de leur obligation de confidentialité.

---

Lieu, date

Signature

---