



→ Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que tous les documents nécessaires à:

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance professionnelle (LPP)
Case postale 660
1001 Lausanne

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 21 340 63 33
Fax +41 21 340 63 29
Heures d'ouverture lu. - vr.
08:00 - 12:00/ 13:30 -
17:00

Certificat médical de décès

Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules et nous l'adresser dûment complété et signé

A remplir par le médecin traitant:

1. Personne assurée

Nom: Adresse: Né(e) le:

Prénom: N° AVS: Décédé(e) le:

2. Attestation relative à la cause du décès

Maladie Accident Décès violent / suicide

Description détaillée de la cause du décès:

.....
.....
.....

En cas de maladie: avant son décès, la personne assurée était-elle en incapacité de travail?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison:

.....
.....

Veuillez indiquer la durée et le degré de l'incapacité de travail:

Le défunt était en incapacité de travail à% depuis le

Honoraires perçus pour ce certificatCHF(joindre un bulletin de versement)

Lieu et date, timbre et signature du médecin:

.....
Date