

## EMPLOYEUR

N° de contrat : .....

Raison sociale : .....

## PERSONNE ASSURÉE

Nom : ..... Prénom : .....

N° AVS : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

---

### 1. CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL

Nouvel état civil :  célibataire  marié(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)\*  veuf(ve)\*

\* s'applique par analogie à la personne liée par partenariat enregistré

Nouveau nom : ..... Nouveau n° AVS : .....

Date du mariage/part.enreg. : ..... / ..... / .....

Document à joindre : - copie du livret de famille **ou** acte de mariage / contrat de partenariat enregistré

---

### 2. CHANGEMENT DE SALAIRE ET/OU CHANGEMENT DU TAUX D'ACTIVITÉ

Ancien salaire annuel AVS : CHF .....

Ancien taux d'activité : .....%

Nouveau salaire annuel AVS : CHF .....

Nouveau taux d'activité : .....%

dès le : ..... / ..... / .....

dès le : ..... / ..... / .....

---

### 3. DÉCÈS

Date du décès : ..... / ..... / .....

Cause du décès :  maladie  accident

Documents à joindre : - acte de décès et certificat médical attestant la cause du décès  
- livret de famille **ou** acte de mariage **ou** contrat de partenariat enregistré  
- (pour cause d'accident uniquement) décision de l'assureur-accidents (LAA) et de l'AVS

Etat civil au moment du décès :  célibataire  marié(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)\*  
 veuf(ve)\* \* s'applique par analogie à la personne liée par partenariat enregistré

La personne assurée était-elle en incapacité de travail avant le décès ?  non  oui depuis le : ..... / ..... / .....

Joindre l'avis d'incapacité de travail dûment complété si l'incapacité de travail a duré plus longtemps que le délai d'attente pour la libération du paiement des cotisations.

Période de cotisation durant l'année : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Salaire déterminant versé durant la période : CHF .....

Personne de contact : Nom : ..... Prénom : .....  
(famille du défunt, par ex. veuf/ve)

Adresse privée : (rue, n°) .....  
(NPA, lieu) .....

---

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :

.....

.....

**À RETOURNER À :**

Fondation BCV deuxième pilier  
Case postale 300  
1001 Lausanne