



## Demande de prestations de survivants

Les pensions éventuellement dues ne seront versées que si la Caisse de pensions du Jura est en possession de ce formulaire correctement rempli.

### 1. Identité de la personne décédée

1.1. Nom de famille <i>(Indiquer aussi le nom de célibataire)</i>	
1.2. Prénom	
1.3. Date de naissance <i>(Jour, mois, année)</i>	
1.4. Date du décès <i>(Jour, mois, année)</i>	
1.5. Domicile et adresse précise en son vivant <i>(Rue, numéro)</i> <i>(numéro postal, localité, pays)</i>	

### 2. Identité du survivant

2.1. Nom de famille <i>(Indiquer aussi le nom de célibataire)</i>	
2.2. Prénom	
2.3. Date de naissance <i>(Jour, mois, année)</i>	
2.4. Domicile et adresse précise <i>(Rue, numéro)</i> <i>(numéro postal, localité, pays)</i>	
2.5. Autres informations	 / . . Courriel @ .
2.6. Date de la conclusion du mariage/du partenariat enregistré	



## 2.7. Origine

*(Marquer d'une croix ce qui convient)* suisse étrangère

Nationalité

 double  
national(e)

Nationalités

## 3. Orphelins

## 3.1. Enfants de la personne décédée (y compris les enfants adoptés)

*(Inscrire uniquement les enfants mineurs ainsi que ceux encore en formation et ayant moins de 25 ans révolus.)*

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance			Sexe
1.	<input type="text"/>					
2.	<input type="text"/>					
3.	<input type="text"/>					
4.	<input type="text"/>					
5.	<input type="text"/>					
6.	<input type="text"/>					

## 3.2. Enfants recueillis

*(Inscrire uniquement les enfants mineurs ainsi que ceux encore en formation et ayant moins de 25 ans révolus.)*

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance			Sexe
1.	<input type="text"/>					
2.	<input type="text"/>					
3.	<input type="text"/>					
4.	<input type="text"/>					

**Si nécessaire, joindre une copie de l'attestation d'études ou du contrat d'apprentissage.**

## 4. Mode de paiement

Versement en Suisse : prière de joindre une copie de votre carte bancaire ou postale comportant le **numéro IBAN**.

Versement à l'étranger : prière de joindre une copie du relevé d'identité bancaire (RIB).

## 5. Indications générales

5.1. Le décès est-il dû à une maladie ?

 oui

 non

Début de la maladie, le

5.2. Le décès a-t-il été causé par un accident ?

 oui

 non

5.3. Le décès est-il le fait d'un tiers ?

 oui

 non

Si oui, prière d'indiquer le nom et l'adresse du tiers responsable

Adresse de l'assurance responsabilité civile du tiers responsable

5.4. Avez-vous demandé ou touchez-vous des prestations

- de l'AVS, de l'AI

 oui  non

CHF

*Montant*

/mois

- de l'assurance-accidents obligatoire (LAA)

 oui  non

CHF

/mois

- de l'assurance-militaire

 oui  non

CHF

/mois

- d'une institution de prévoyance

 oui  non

CHF

/mois

Si oui, nom et adresse de l'assurance  
(ou de l'agence compétente)

Référence

(p. ex. numéro d'accident ou de rente)

## 6. Pièces justificatives à joindre à la présente demande

### 6.1. A joindre obligatoirement

- **acte de décès**
- **une copie du livret de famille au complet ;**
- **une copie de votre carte bancaire ou postale en cas de versement en Suisse ;**
- **une copie du relevé d'identité bancaire en cas de versement à l'étranger ;**
- **une copie d'une pièce d'identité si vous n'êtes pas de nationalité suisse.**

### 6.2. A joindre si existantes

- toutes décisions de l'AVS ;
- toutes décisions de l'assurance invalidité (décisions et résultat de révisions, pour vous-même et vos enfants à charge) ;
- toutes décisions de l'assurance-accidents (pour vous-même et vos enfants à charge) ;
- toutes décisions de l'assurance militaire ;
- toutes autres pièces justificatives relatives aux prestations reçues d'autres assurances ou institutions de prévoyance.

### 6.3. A joindre si nécessaire

- une copie du contrat d'apprentissage ou une attestation d'études, lorsque les enfants bénéficient d'une prestation au-delà de leur 18<sup>ème</sup> année ;
- une procuration de la personne représentant l'assuré.

## 7. Remarques complémentaires

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu et date

Signature de l'assuré(e) ou de son/sa représentant(e)

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_\_