

Demande de prestations de survivants

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

1. Identité de la personne décédée

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Date du décès	<input type="text"/>
Adresse en son vivant	<input type="text"/>		

2. Identité du survivant

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Date du mariage/ partenariat	<input type="text"/>
N° AVS	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Rue et n°	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>


3. Identité des orphelins

a) 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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**, frais à la charge de la personne pensionnée.
- Versement à l'étranger : prière de joindre une copie du relevé d'identité bancaire (RIB, no IBAN, no BIC, SWIFT), frais à la charge de la personne pensionnée.

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 (*si oui, indiquer le montant*) :

- | | | | | |
|--|---|-----|----------------------|-------|
| - de l'AVS, de l'AI | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | CHF | <input type="text"/> | /mois |
| - de l'assurance-accidents obligatoire (LAA) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | CHF | <input type="text"/> | /mois |
| - de l'assurance-militaire | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | CHF | <input type="text"/> | /mois |
| - d'une institution de prévoyance | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | CHF | <input type="text"/> | /mois |

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

Référence

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

