



Demande de prestations de survivants (*ex-conjoint*)

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

1. Identité de la personne décédée

Nom		Prénom	
Date de naissance		Date du décès	
Etat civil du défunt		Etat civil du défunt avant votre mariage	
Adresse en son vivant			

2. Identité du survivant (*ex-conjoint*)

Nom		Prénom	
Date de naissance		N° AVS	
Etat civil		Nationalité	
Rue et n°		NPA / Lieu	
Courriel		Téléphone	
<input type="checkbox"/> J'autorise la Caisse de pensions à enregistrer mon adresse électronique.			
Date du mariage/ partenariat		Date du divorce/de la dissolution du partenariat	
Bénéficiez-vous en vertu du jugement de divorce d'une rente ou d'une indemnité en capital en lieu et place d'une rente viagère (article 20 OPP 2 al. 1 let. b.) ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3. Identité des orphelins

a) Enfants de la personne décédée (y compris les enfants adoptés)

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Sexe
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				



b) Enfants recueillis (dont le défunt assumait la charge gratuitement)

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Sexe
1.				
2.				



Pour les enfants en formation, joindre obligatoirement 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

Nom du médecin traitant

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 oui non CHF /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)

