

Décès assuré / bénéficiaire rente d'invalidité Demande de rente de conjoint / partenaire

Données du défunt

| | |
|----------------------------|---|
| Nom | Prénom |
| Date de naissance | Numéro d'assurance sociale (AVS) |

Données de la personne à contacter

| | |
|---------------------------------|--|
| E-mail pour précisions | Numéro de téléphone pour précisions |
|---------------------------------|--|

Avoirs de libre passage du 2^{ème} pilier

La personne défunte possédait-elle des avoirs de libre passage auprès d'autres caisses de pension, banques ou compagnies d'assurance?

- non
- oui (prière de préciser et veuillez joindre les relevés de compte ou décompte)

| Nom et adresse de la caisse de pension, de la banque ou de la compagnie d'assurance | Montant (CHF) |
|---|---------------|
| | |

Déclaration pour

- Rente de conjoint
- Rente de partenaire;
Une rente de conjoint ou de partenaire est déjà perçue?
 non oui
- Rente pour conjoint divorcé

Versement partiel de capital

- Versement partiel de capital d'un montant de 6 rentes mensuelles
La rente de conjoint ou de partenaire se réduit d'autant.

Requérant

| | |
|----------------------------|---|
| Nom | Prénom |
| Date de naissance | Numéro d'assurance sociale (AVS) |
| Rue/n°/complément | NPA/Localité (pays) |

Adresse de paiement

| | |
|-----------------|------------------------------|
| Banque | NPA/Localité (pays) |
|-----------------|------------------------------|

IBAN (Compte bancaire)

N° de clearing

.....

.....

Titulaire du compte

.....

Prestations d'autres assurances sociales

Le requérant a-t-il droit à des prestations d'autres assurances sociales?

Non

Oui, les suivantes: AVS LAA AM autre assurance sociale

Si vous avez coché une ou plusieurs cases ci-dessus, veuillez joindre une copie de la décision correspondante.

Enfants

Déclaration pour la rente d'orphelin

Veuillez remplir le formulaire séparé « Déclaration pour la rente d'orphelin » pour chaque enfant.

Demande de renseignements et données nécessaires

La personne soussignée prend connaissance du fait que la fourniture des prestations (fixation, modification, demande de remboursement, prévention de rémunérations injustifiées et recours contre des tiers responsables) nécessite la prise de renseignements, notamment auprès des médecins, des services de soins, des assurances sociales et privées, des services administratifs, etc. et autorise la CPE en ce sens.

Attestation

La personne soussignée certifie que les informations contenues dans le présent formulaire sont complètes et exactes.

Nom

Prénom

.....

.....

Quel est votre lien avec la personne défunte?

.....

Lieu, date

Signature

.....

.....

Justificatifs à envoyer

(copies suffisent)

Conjoint ou partenaire enregistré

- Certificat de famille

En plus, pour une durée de mariage inférieure à cinq ans

- Preuve authentifiée « de résidence commune les cinq dernières années »

Partenaire

- Preuve authentifiée de « résidence commune les cinq dernières années » ou preuve d'enfants communs avec obligation d'entretien

- Certificat d'état civil (datant de 30 jours au maximum)

- Justificatif rente de conjoint/partenaire (si déjà en cours)

Conjoint divorcé

- Jugement de divorce avec attestation de force exécutoire

- Certificat d'état civil (datant de 30 jours au maximum)

Vous trouverez des explications sur la protection des données sur notre homepage sous "Déclaration sur la protection des données"