

## Formulaire pour le versement de prestations au (ex)conjoint survivant et/ou orphelin

---

### IDENTITÉ DU DEFUNT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Date de décès : .....  
Décès pour cause d'accident :  oui  non Tiers responsable :  oui  non

### CONJOINT/EX-CONJOINT SURVIVANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Adresse : .....  
NPA/Localité : ..... Téléphone : .....  
Email : .....

*Si votre résidence principale est hors de Suisse, veuillez nous informer de votre/vos nationalité/s et nous transmettre une copie de votre/vos pièces d'identité.*

### ORPHELIN(S) DE MOINS DE 25 ANS

Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....

*Joindre une attestation d'études ou une copie du contrat d'apprentissage pour l'enfant âgé de 18 à 25 ans*

### ADRESSE DE PAIEMENT

Nom de la banque : ..... Adresse : .....  
NPA/Localité : ..... Clearing : .....  
IBAN : .....

*Les prestations sont versées exclusivement en Francs suisses et sur un compte bancaire ou postal en Suisse.*

## DÉCLARATION

Le/la/les soussigné/e/s certifie/nt avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Il/s/elle/s déclare/nt expressément renoncer à tous ses/leurs droits de prescription envers la Caisse, et s'engage à restituer toute prestation indûment touchée.

Lieu et date

.....

Signature du conjoint/ex-conjoint survivant

Signature de l'orphelin si majeur

.....

.....

Signature de l'orphelin si majeur

Signature de l'orphelin si majeur

.....

.....

Veuillez joindre au présent formulaire une copie de l'**acte de décès et du livret de famille**, ainsi qu'une copie de la **décision** en cas de prestations reconnues par une autre assurance suite au décès. Les **coordonnées** d'un éventuel tiers responsable doivent, cas échéant, également être communiquées.