

## Formulaire pour l'examen du droit à une prestation de survivant

### 1. INFORMATIONS IMPORTANTES PRÉALABLES

Les ayants droit prioritaires sont le conjoint/partenaire enregistré au sens du droit fédéral (LPart), l'enfant mineur ou âgé de moins de 25 ans et en études/apprentissage/invalidé complet, l'ex-conjoint/partenaire enregistré au sens du droit fédéral (LPart) si le mariage/partenariat avait duré 10 ans au moins et qu'une rente au sens des articles 124<sup>e</sup> al. 1 et 126 al. 1 CCS a été octroyée lors du divorce/de la dissolution du partenariat. S'il n'existe pas d'ayant droit prioritaire, les autres ayants droit qui peuvent solliciter une prestation de survivant (capital décès) sont dans l'ordre :

- a. les personnes à charge du défunt, ou à la personne qui a formé avec ce dernier une communauté de vie ininterrompue, établie par convention, d'au moins 5 ans immédiatement avant le décès, ou qui doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs ne remplissant pas les conditions du droit à une pension d'orphelin ;
- b. à défaut des bénéficiaires prévus à la lettre a: les enfants du défunt qui n'ont pas droit à une pension d'orphelin, les parents ou les frères et soeurs ;
- c. à défaut des bénéficiaires prévus aux lettres a et b: les autres héritiers légaux, à l'exclusion des collectivités publiques.

### 2. IDENTITÉ DEFUNT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Date de décès : .....  
 Cause du décès : ..... Tiers responsable :  oui  non

### 3. IDENTIFICATION DE/DES L'AYANT/S DROIT

- 3.1. Existe-t-il un conjoint/partenaire enregistré au sens du droit fédéral (LPart)  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées sous chiffre 4 « identité (ex-)conjoint/(ex-)partenaire enregistré »)
- 3.2. Existe-t-il un/des enfant/s mineur/s ou âgé/s de moins de moins de 25 ans et en études/apprentissage/invalidé complet  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées sous chiffre 5 « identité orphelin/s »)
- 3.3. Existe-t-il un ex-conjoint/partenaire enregistré au sens du droit fédéral (LPart) dont le mariage/partenariat a duré 10 ans au moins et qui s'est vu octroyer une rente lors du divorce/de la dissolution du partenariat au sens des articles 124<sup>e</sup> alinéa 1 et 126 alinéa 1 CCS  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées sous chiffre 4 « identité (ex-)conjoint/(ex-)partenaire enregistré »)
- A ne compléter que s'il n'existe aucun ayant droit prioritaire sous chiffre 3.1 à 3.3 ci-dessus.
- 3.4. Existe-t-il un/e concubin/e, non bénéficiaire d'une rente de survivant d'une autre caisse de prévoyance, ayant formé une communauté de vie ininterrompue d'au moins 5 ans établie par convention avant le décès et/ou subvenant à l'entretien d'au moins un enfant commun  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées sous chiffre 6 « identité autre/s ayant/s droit »)
- 3.5. Existe-t-il une ou plusieurs personne à charge du défunt  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées de tous les intéressés sous chiffre 6 « identité autre/s ayant/s droit »)
- A ne compléter que s'il n'existe aucun ayant sous chiffre 3.1 à 3.5 ci-dessus.
- 3.6. Existe-t-il un/des enfant/s majeur/s qui ne sont pas en études/apprentissage/invalidé complet  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées de tous les intéressés sous chiffre 6 « identité autre/s ayant/s droit »)
- 3.7. Existe-t-il un père et/ou une mère  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées de tous les intéressés sous chiffre 6 « identité autre/s ayant/s droit »)
- 3.8. Existe-t-il un/e ou plusieurs frère/s et/ou sœur/s  
 non  oui (si oui, indiquez les coordonnées de tous les intéressés sous chiffre 6 « identité autre/s ayant/s droit »)

A ne compléter que s'il n'existe aucun ayant sous chiffre 3.1 à 3.8 ci-dessus.

3.9. Existe-t-il d'autres héritiers légaux

non  oui (si oui, indiquez les coordonnées de tous les intéressés sous chiffre 6 « identité autre/s ayant/s droit »)

**4. IDENTITÉ (EX-)CONJOINT/(EX-)PARTENAIRE ENREGISTRÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Adresse : .....

NPA/Localité : ..... Téléphone : .....

Email : .....

**5. IDENTITÉ ORPHELIN/S**

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

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

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

**6. IDENTITÉ AUTRE/S AYANT/S DROIT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Email : ..... Lien avec le défunt : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Email : ..... Lien avec le défunt : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Email : ..... Lien avec le défunt : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Email : ..... Lien avec le défunt : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Email : ..... Lien avec le défunt : .....

### 7. ADRESSE DE PAIEMENT

Nom de l'ayant droit: ..... Prénom de l'ayant droit : .....  
Nom de la banque : ..... Adresse : .....  
NPA/Localité : ..... Clearing : .....  
IBAN : .....

### 8. OBSERVATIONS

.....  
.....  
.....

### 9. DÉCLARATION

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Il/elle déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires et en accepter expressément les conditions notamment s'agissant du délai de 12 mois pour faire valoir le droit au capital décès. Il/elle atteste sur l'honneur ne pas avoir connaissance de l'existence d'un bénéficiaire prioritaire à lui/elle ou du même lien de parenté, respectivement du même rang (autre personne à charge du défunt) au sens desdites dispositions réglementaires qui ne serait pas annoncé. Il/elle déclare expressément renoncer à tous ses droits de prescription envers la Caisse et s'engage à restituer toute prestation indûment touchée.

Lieu et date

Signature du bénéficiaire

.....

.....

## DOCUMENTS À FOURNIR PAR LE BÉNÉFICIAIRE

- 1.1 Acte de décès
- 1.2 Copie du livret de famille
- 1.3 Certificat/extrait d'état civil récent<sup>1</sup> du bénéficiaire
- 1.4 Copie des pièces d'identité de chaque nationalité pour la personne domiciliée hors de la Suisse
- 1.5 Coordonnées de l'éventuel tiers responsable et de son assurance responsabilité civile
- 1.6 Décision/s éventuelle/s d'une autre assurance sociale en lien avec le décès de la personne assurée

**En plus des documents sollicités aux chiffres 1.1 à 1.6 ci-dessous, les documents suivants doivent être communiqués :**

### **Enfant/s mineur/s âgé/s de moins de 25 ans en études ou en apprentissage ou au bénéfice d'une rente complète de l'AI**

- 2.1 Attestation d'études
- 2.2 Copie du contrat d'apprentissage
- 2.3 Décision de l'AI et dernière attestation ou décompte de rentes

### **Ex-conjoint/partenaire enregistré au sens du droit fédéral (LPart)**

- 3 Copie du jugement de divorce

### **Personne/s à charge du défunt**

- 4 Justificatif prouvant que le bénéficiaire était à charge du défunt

### **Concubin/e ayant formé une communauté de vie ininterrompue d'au moins 5 ans**

- 5.1 Décision éventuelle du droit à une rente de survivant d'une autre caisse de prévoyance
- 5.2 Convention d'annonce d'une communauté de vie

### **Concubin/e subvenant à l'entretien d'au moins un enfant commun**

- 6.1 Décision éventuelle du droit à une rente de survivant d'une autre caisse de prévoyance
- 6.2 Acte de naissance de l'enfant

### **Enfant/s majeur/s qui n'étant ni en études, ni en apprentissage, ni au bénéfice d'une rente complète de l'AI**

- 7 Acte de naissance de l'enfant

### **Père et mère**

- 8 Document officiel attestant du lien de parenté

### **Frère/s et sœur/s**

- 9 Document officiel attestant du lien de parenté

### **Autre/s héritier/s légal/légaux**

- 10 Document officiel attestant du lien de parenté

---

<sup>1</sup> Les documents qualifiés de « récents » ne doivent pas être datés de plus de trois mois