

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

IDENTITÉ DU DEFUNT

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

CONJOINT/EX-CONJOINT SURVIVANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Adresse :
NPA/Localité : Téléphone :
Email : Commune d'origine¹ :
No AVS : 756..... ¹ uniquement pour la personne de nationalité suisse

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 : No AVS : 756.....
Nom : Prénom :
Date de naissance : No AVS : 756.....
Nom : Prénom :
Date de naissance : No AVS : 756.....

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. Il-s/elle-s autorise-nt CAP Prévoyance à communiqué son/leur adresse à l'ancien employeur du donnant droit.

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.