

## Formulaire pour le versement de prestations d'invalidité

Réservé à CAP Prévoyance

 invalidité provisoire  invalidité économique  invalidité de fonction

### IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... NPA/Localité : .....  
Date de naissance : ..... 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.*

### PENSION COMPLÉMENTAIRE POUR ENFANT D'INVALIDE

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 copie du livret de famille, ainsi qu'une attestation d'études ou une copie du contrat d'apprentissage pour l'enfant âgé de 18 à 25 ans. Une pension complémentaire pour enfant est exclue en cas d'invalidité inférieure à 40 % ou d'octroi d'une pension provisoire d'invalidité.*

### 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.*

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

*(en cas de réponse affirmative à l'un des points ci-dessous, veuillez joindre une décision de prestations)*

Je suis au bénéfice de prestations de l'AI :  oui  non  
Je suis au bénéfice de prestations de l'assurance accident :  oui  non  
Je suis au bénéfice de prestations d'une autre assurance (.....):  oui  non

## 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, notamment s'agissant d'éventuelles prestations de vieillesse déjà perçues.

L'assuré/e s'engage à annoncer immédiatement à la Caisse toute modification ou évolution de sa situation, notamment sur son état de santé, son droit à des prestations ou la reprise éventuelle d'une activité. Il/elle autorise CAP Prévoyance à communiqué son adresse à son ancien employeur.

Lieu et date

.....

Signature de l'assuré/e

Signature du conjoint/partenaire\*

.....

.....

\* En cas d'existence d'un compte individuel d'épargne, le présent formulaire doit être muni de la signature légalisée du conjoint/partenaire pour les assuré/e/s marié/e/s/lié/e/s par un partenariat enregistré, et d'un extrait d'état civil daté de moins de **3 mois** à la date d'ouverture du droit à la prestation pour les autres assurés. La signature légalisée ne doit pas être datée de plus de **3 mois** à la date d'ouverture du droit à la prestation. Il est également possible de remplacer la légalisation de la signature du conjoint/partenaire si celui-ci vient signer le formulaire en nos bureaux, en se munissant du livret de famille ou d'un certificat de famille à jour, et d'une pièce d'identité officielle. L'assuré/e certifie que ses avoirs de prévoyance sont libres de tout partage et qu'aucune procédure n'est pendante à ce jour.