CAP /// PRÉVOYANCE

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)/concubin ayant formé une communauté de vie ininterrompue, annoncée par formulaire du vivant de l'assuré, d'au moins 5 ans immédiatement avant le décès au sein d'un domicile commun (à certaines conditions), l'enfant âgé de moins de 25 ans, et l'ex-conjoint/partenaire enregistré au sens du droit fédéral. En l'absence de (ex-)conjoint survivant/partenaire enregistré survivant/concubin survivant, le capital décès est attribué dans l'ordre de priorité des catégories suivantes :

a. aux enfants du défunt, à parts égales, pour autant qu'au moins l'un d'entre eux ait droit à la pension d'orphelin conformément au règlement de prévoyance ;

b. à défaut de bénéficiaires prévus à la lettre a : aux personnes à charge du défunt, à parts égales ;

c. à défaut de bénéficiaires prévus à la lettre b : aux enfants du défunt qui n'ont pas droit à une pension d'orphelin à parts égales ou, à défaut, aux parents à parts égales ou, à défaut, aux frères et sœurs à parts égales ;

d. à défaut de bénéficiaires prévus aux lettres a, b et c : aux autres héritiers légaux, à l'exclusion des collectivités publiques.

2. IDENTITÉ DÉFUNT

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)/concubin
☐ non ☐ oui *(si oui, indiquez les coordonnées sous chiffre 4 « identité (ex-)conjoint/(ex-)partenaire enregistré/concubin »)*

3.2. Existe-t-il un/des enfant/s âgé/s de moins de moins de 25 ans
☐ 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 124e 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 une ou plusieurs personne/s 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 3.4 ci-dessus

3.5. Existe-t-il un/des enfant/s âgés de plus de 25 ans révolus
☐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 3.5 ci-dessus

3.6. 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 »)*

A ne compléter que s'il n'existe aucun ayant sous chiffre 3.6 ci-dessus

3.7. 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 3.7 ci-dessus.

3.8. 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/CONCUBIN

Nom : ..... Prénom : .....

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

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

Email : ..... No AVS : 756.....

5. IDENTITÉ ORPHELIN/S

Nom : ..... Prénom : .....

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

Nom : ..... Prénom : .....

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

Nom : ..... Prénom : .....

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

6. IDENTITÉ AUTRE/S AYANT/S DROIT

Nom/Prénom : ..... No AVS : 756.....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

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

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

Nom/Prénom : ..... No AVS : 756.....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

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

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

Nom/Prénom : ..... No AVS : 756.....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

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

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

Nom/Prénom : ..... No AVS : 756.....

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 et/ou acte de naissance de l'enfant
☐ 1.3 Copie des pièces d'identité de chaque nationalité pour la personne domiciliée hors de la Suisse
☐ 1.4 Coordonnées de l'éventuel tiers responsable et de son assurance responsabilité civile
☐ 1.5 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 1.5 ci-dessus, les documents suivants doivent être communiqués :

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

☐ 2 Copie du jugement de divorce

Personne/s à charge du défunt

☐ 3 Justificatif prouvant que le bénéficiaire était à charge du défunt

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

☐ 4.1 Décision éventuelle du droit à une rente de survivant d'une autre caisse de prévoyance
☐ 4.2 Convention d'annonce d'une communauté de vie
☐ 4.3 Certificat/extrait d'état civil récent[1] du bénéficiaire
☐ 4.4 Document attestant de votre domicile des 5 dernières années

Père et mère

☐ 5 Document officiel attestant du lien de parenté

Frère/s et sœur/s

☐ 6 Document officiel attestant du lien de parenté

Autre/s héritier/s légal/légaux

☐ 7 Document officiel attestant du lien de parenté

---

[1] Les documents qualifiés de « récents » ne doivent pas être datés de plus de trois mois