

## Formulaire pour le versement de prestations d'invalidité

---

### 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.*

### 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)*

Cause de l'invalidité :  accident  maladie

S'il existe un tiers responsable :

Coordonnées : .....

Coordonnées de l'assurance responsabilité civile : .....

Je suis au bénéfice de prestations de l'assurance accident :  oui  non

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

Date de fin du droit au salaire ou aux indemnités perte de gain : .....

**A NE REMPLIR QUE POUR LA PERSONNE AU BENEFICE D'UNE RENTE D'INVALIDITE PARTIELLE ET DOMICILIEE EN SUISSE : INFORMATIONS SUR LA NATIONALITE ET/OU LE PERMIS D'ETABLISSEMENT**

J'exerce une activité lucrative  Oui  Non

Je suis de nationalité suisse  Oui  Non  
*Si oui, joindre une copie de la pièce d'identité*

Je suis titulaire d'un permis C  Oui  Non  
*Si oui, joindre une copie du permis C*

Je suis domicilié-e sur le canton de Genève, marié-e à une personne de nationalité suisse ou titulaire d'un permis C qui est domiciliée en Suisse  Oui  Non  
*Si oui, joindre une copie de la pièce d'identité ou du permis C et une attestation de domicile de votre conjoint-e*

**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. Par sa signature, et sauf avis contraire notifié dans un délai de 30 jours, l'assuré/e autorise CAP Prévoyance à communiquer des données personnelles 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, sur rendez-vous uniquement, 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.