



Caisse de prévoyance de la proparis Fondation de prévoyance arts et métiers Suisse, Berne

## Annonce de décès

### 1. Données personnelles

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, n°, NPA, localité:

Sexe:  féminin  masculin

Numéro d'assurance sociale:

2. Date du décès:  Cause du décès:  Maladie  Accident

### 3. Survivants

#### a) Conjoint / partenaire enregistré/ partenaire survivant annoncé a l'organe d'application

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, n°, NPA, localité:

Sexe:  féminin  masculin

Date de la conclusion du mariage / de l'enregistrement du partenariat :

Numéro d'assurance sociale:

**b) Conjoint divorcé / partenaire enregistré**

Seulement pour autant que le mariage ait duré 10 ans au minimum et qu'une rente au sens de l'art. 124e, al. 1 CC ou de l'art. 126, al 1 CC lui ait été octroyée par jugement de divorce.

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, n°, NPA, localité:

Sexe:  féminin  masculin

Date du divorce:

Numéro d'assurance sociale:

**c) Enfants**

- La personne décédée avait des enfants de moins de 18 ans  Oui  Non
- La personne décédée avait des enfants de moins de 25 ans encore en formation  Oui  Non
- La personne décédée avait des enfants invalides à raison de 70% au moins  Oui  Non

Si la réponse à au moins une de ces trois questions est Oui:

Nom, prénom, date de naissance des enfants:

**d) Personnes entretenues de façon substantielle par la personne décédée**

Remplir uniquement en l'absence d'ayants droit selon les chiffres 3a et / ou 3b/ 3c

Nom, prénom, date de naissance:

**e) Autres survivants ayants droit**

Remplir uniquement en l'absence d'ayants droit selon les chiffres 3a - 3d

- Enfants (sans droit à une rente d'orphelin selon le chiffre 3c)  Oui  Non
- Parents de la personne décédée  Oui  Non
- Frères et soeurs de la personne décédée  Oui  Non
- Autres ayants droit  Oui  Non

Nom, prénom, date de naissance, lien de parenté:


---

**4. Autres assurances\*** (*\*Prière de joindre les décisions*)

Les éventuels ayants droit ont-ils également droit à des prestations de

- Assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)?  Oui  Non
- Assurance-accidents?  Oui  Non
- Assurance militaire fédérale (AM)?  Oui  Non
- Autres?\*  Oui  Non

\* Si Oui, laquelle / lesquelles?


Le décès de la personne assurée est-il le fait d'un tiers?  Oui  Non

---

**5. Continuazione del pagamento del salario**

Jusqu'à quelle date le salaire est-il versé?

jour / mois / année

---

**6. Versement en capital**

En lieu et place d'une rente de conjoint ou de partenaire, le conjoint ou le partenaire survivant peut exiger une prestation en capital.

La personne soussignée prend connaissance du fait que

- l'on ne peut faire valoir aucune autre prétention envers la caisse de pensions à hauteur de la prestation en capital;
- la déclaration doit être faite par écrit avant le versement de la première rente et est irrévocable à partir de ce moment-là.

Une prestation en capital est-elle souhaitée?  Oui  Non

## 7. Versement des prestations

Prière de joindre un bulletin de versement ou, à défaut, de remplir la partie ci-dessous.

Les paiements sur des comptes auprès de banques étrangères ne sont effectués que si un document de la banque comportant toutes les indications nécessaires au paiement est joint (numéro de compte, numéro IBAN, code Swift, adresse de la banque).

Compte postal:	<input type="text"/>	Compte bancaire:	<input type="text"/>
Titulaire:	<input type="text"/>		
Banque:	<input type="text"/>	Lieu:	<input type="text"/>
N° de clearing:	<input type="text"/>	N° IBAN:	<input type="text"/>

Conformément aux dispositions légales, la Caisse de pensions est tenue d'annoncer les prestations versées à l'Administration fédérale des contributions.

---

## 8. Adresse de contact

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

---

## 9. Procuration et signature

J'autorise et je mandate toutes les institutions et assurances à donner à la Caisse de pensions les renseignements nécessaires à la clarification du droit et à l'examen du bien-fondé des prestations (y compris le dossier médical).

Lieu et date:

Signature: \_\_\_\_\_

Pièces à joindre au présent formulaire

- Acte de décès officiel\*
- Certificat médical (original)
- Livret de famille
- Extrait à jour du registre de l'état civil de la personne décédée\*
- Décisions d'octroi d'une rente de l'AVS /AA / AM, etc. (cf. chiffre 4)\*
- Attestations de formation pour les enfants de plus de 18 ans\*
- Décision de l'AI pour les enfants invalides et ayant dépassé l'âge de 18 ans\*
- Preuve des obligations de la personne décédée vis-à-vis des personnes entretenues\*
- Certificat d'héritier selon l'art. 559 CC (délivré par la commune de domicile de la personne décédée)
- Permis d'établissement (livret pour étrangers) de l'ayant droit\*
- Attestation de domicile à l'étranger de l'ayant droit délivrée par la commune

\* Des copies suffisent

Les frais résultant de l'établissement des pièces justificatives sont à la charge des ayants droit.