

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 masculinNuméro 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 masculinDate 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) | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Parents de la personne décédée | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Frères et soeurs de la personne décédée | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Autres ayants droit | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | 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)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Assurance-accidents? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Assurance militaire fédérale (AM)? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Autres?* | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | 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.