

## Questionnaire concernant le défunt

*Veillez compléter ce questionnaire et nous le retourner dans les plus brefs délais*

| <b>Défunt</b>   | <p>Nom / Prénom: .....</p> <p>N° AVS: .....</p> <p>Etat civil: .....</p> <p>Si marié(e) ou partenaire enregistré,<br/>date du mariage/partenariat: .....</p> <p>Si partenaire date début communauté de vie: .....</p> <p>Raison du décès:                    <input type="checkbox"/> maladie                    <input type="checkbox"/> accident</p>  |              |                   |       |       |       |       |       |       |
|---|---|--------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Rente de survivant<br/>(art. 33-38 du règlement d'assurance)</b> | <p>Nom: .....</p> <p>Nom de jeune fille pour la conjointe: .....</p> <p>Prénom: .....</p> <p>Adresse domicile: .....</p> <p>NPA / localité: .....</p> <p>Date de naissance: .....</p> <p>N° AVS: .....</p> <p style="color: red;"><u>Données pour le versement de la rente</u></p> <p>Titulaire du compte: .....</p> <p>.....</p> <p>Adresse bancaire / postale:<br/>(versement à l'étranger SWIFT / BIC) .....</p> <p>.....</p> <p>No compte IBAN pour versement:<br/><span style="color: red;"><u>(joindre relevé d'identité bancaire)</u></span> .....</p> <p>Signature du survivant: .....</p> <p>Lieu et date: .....</p>   |              |                   |       |       |       |       |       |       |
| <b>Rente d'enfant<br/>(art. 39-42 du règlement d'assurance)</b>     | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; text-align: left;">Nom / Prénom</th> <th style="width: 40%; text-align: left;">Date de naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>   | Nom / Prénom | Date de naissance | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Nom / Prénom  | Date de naissance   |              |                   |       |       |       |       |       |       |
| .....   | .....   |              |                   |       |       |       |       |       |       |
| .....   | .....   |              |                   |       |       |       |       |       |       |
| .....   | .....   |              |                   |       |       |       |       |       |       |
| <b>Documents à joindre</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de l'acte de décès officiel (établi par la commune du lieu du décès. <u>Extrait de l'acte de décès (CIEC) insuffisant</u>)</li> <li>Copies de la carte AVS et de la pièce d'identité du conjoint survivant avec signature</li> <li>Copie du livret de famille complet du défunt (y compris page(s) des enfants)</li> <li>Note importante (à nous envoyer dûment datée et signée)</li> <li>Copie de l'acte de partenariat au sens de la loi fédérale (pour les personnes vivant en partenariat)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Les versements des prestations dues par la Caisse seront effectués à réception des documents et du présent questionnaire dûment complétés</u></b></p> |              |                   |       |       |       |       |       |       |

**NOTE IMPORTANTE**  
(réf. art. 14 al. 3 et 4 du règlement d'assurance)

**Nom:** ..... **Prénom:** .....

**Date de naissance:**..... **Etat civil:** .....

En votre qualité de bénéficiaire de prestations de survivant de notre institution de prévoyance, vous êtes tenu(e) de nous communiquer **immédiatement** par écrit tout changement qui pourrait intervenir dans votre situation personnelle.

Il s'agit concrètement des données suivantes:

- **modification des prestations versées par l'AVS et/ou par la SUVA (assurance accidents) et/ou de toutes autres prestations similaires d'institutions d'assurances sociales et/ou de prévoyance étrangère, etc...**
- **suppression des prestations AVS et/ou de la SUVA**
- **suppression d'une rente d'enfant**
- **changement de nom, d'adresse, d'état-civil, de compte IBAN (Postfinance ou Banque)**
- **tout séjour hors du domicile connu de la CPK (p.ex. à l'étranger) de plus de 3 mois**
- **détention préventive, l'exécution de peines d'emprisonnement ou de mesures pénales en Suisse ou à l'étranger**

**En cas de non-respect de ces dispositions, la Caisse de pensions exigera la restitution des prestations qui auraient éventuellement été indûment versées ou touchées.**

En outre, je prends note qu'à l'avenir, la Caisse de pensions Swatch Group exigera périodiquement des justificatifs relatifs aux prestations versées par d'autres assurances sociales.

**Compte tenu de l'importance de la présente, nous vous prions de nous retourner ce document dûment daté et signé.**

Je soussigné(e) confirme avoir pris connaissance de tous les points ci-dessus

**Lieu, date:**

**Signature:**

.....