

Questionnaire concernant le défunt

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

Défunt	Nom / Prénom	
	N° AVS :	
	Etat civil :	
	Si marié(e) ou partenaire enregistré, date exacte du mariage/partenariat :	
	Si partenaire date début communauté de vie :	
Raison du décès : <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident		
Rente de survivant (art. 33 – 38 Règlement d'assurance) Indemnité funéraire (art. 43 – 45 Règlement d'assurance)	Nom :	
	Nom de jeune fille pour la conjointe :	
	Prénom :	
	Adresse domicile :	
	NPA / localité :	
	Date de naissance complète :	
	N° AVS:	
	Données pour le versement des prestations rente / indemnité funéraire	
	Adresse bancaire / postale : (versement à l'étranger SWIFT / BIC)	
	No compte IBAN pour versement : (versement à l'étranger joindre RIB)	
Signature du survivant :		
Lieu et date :		
Rente d'enfant (art. 39 - 42 Règlement d'assurance)	Nom / Prénom	Date de naissance

Documents à joindre	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'acte de décès officiel (établi par la commune du lieu du décès) • Copies de la carte AVS et de la pièce d'identité du conjoint survivant avec signature • Copie du livret de famille complet du défunt (y compris page(s) des enfants) • Copie de l'acte de partenariat au sens de la loi fédérale (pour les personnes vivant en partenariat) • Actes d'état civil et attestation de domicile à compléter en annexe pour les 2 partenaires (uniquement pour les personnes vivant en concubinage) 	
	<p align="center"><u>Les versements des prestations dues par la Caisse seront effectués à réception des documents et du présent questionnaire dûment complétés</u></p>	

Veillez faire compléter ce questionnaire par la Commune et nous le retourner dans les plus brefs délais

Attestation de domicile délivrée par le contrôle des habitants dans le but de déterminer le droit à une rente de partenaire au sens de l'art. 36 du règlement

Adresse du contrôle des habitants :
 :
 :
 Téléphone :
 E-Mail :

Le contrôle des habitants de la Commune atteste que

	Concernant le(a) défunt(e)	Concernant la/le bénéficiaire de prestations
Nom / personne :
Prénom :
Né(e) le :
Père ¹⁾ :
Mère ¹⁾ :
Etat civil :
Conjoint :
Origine(s) :
Adresse :
:
Domicilié(e) à cette adresse depuis le :
Jusqu'au :
Arrivé(e) dans la Commune le ¹⁾ :
Venant de la Commune ¹⁾ :

Sont domicilié(e)s dans notre Commune au sens de l'art. 23 CCS

Eventuelles remarques :

Lieu, date

Timbre du contrôle des habitants

.....