

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 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 du règlement d'assurance)	Nom: Nom de jeune fille pour la conjointe: Prénom: Adresse domicile: NPA / localité: Date de naissance: N° AVS: <u>Données pour le versement de la rente</u> Titulaire du compte: Adresse bancaire / postale: (versement à l'étranger SWIFT / BIC) No compte IBAN pour versement: <u>(joindre relevé d'identité bancaire)</u> Signature du survivant: Lieu et date:								
Rente d'enfant (art. 39-42 du règlement d'assurance)	<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								
.....								
.....								
.....								
Documents à joindre	<ul style="list-style-type: none"> 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>) 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) Note importante (à nous envoyer dûment datée et signée) Copie de l'acte de partenariat au sens de la loi fédérale (pour les personnes vivant en partenariat) <p style="text-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>								

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:

.....