



Demande de rente CPS

1. Sortie

Demande de versement d'une rente CPS à dater du _____ (dernier jour du mois)

2. Personne assurée

Numéro AS (AVS) _____ Matricule _____ Date de naissance _____

Nom _____ Prénom _____ Nationalité _____

Rue / n° _____ NPA _____ Localité _____

Adresse e-mail (privée) _____ Téléphone (privé) _____

État civil

marié.e/en partenariat enregistré célibataire séparé.e par jugement divorcé.e veuf/veuve

Oui, je souhaite dorénavant être informé.e des news publiées sur le site de la CPS et l'autorise à m'adresser des messages à l'adresse e-mail suivante:

3. Conjoint.e, partenaire enregistré.e

Nom _____ Prénom _____ Numéro AS (AVS) _____

Rue / n° _____ NPA _____ Localité _____

Date de naissance _____ Nationalité _____ Téléphone _____

4. Enfants ayant droit

(jusqu'à l'âge de 25 ans au maximum, à condition d'être en formation)

Nom _____ Prénom _____ Numéro AS (AVS) _____

Rue / n° _____ NPA _____ Localité _____

Date de naissance _____ Nationalité _____ Téléphone _____

Nom _____ Prénom _____ Numéro AS (AVS) _____

Rue / n° _____ NPA _____ Localité _____

Date de naissance _____ Nationalité _____ Téléphone _____

12. Pièces jointes

Merci de joindre les documents suivants:

En cas d'enfants ayant droit à une rente:

- attestation de formation pour enfants de 18 ans et plus

Partenaire bénéficiaire:

- clause bénéficiaire signée (si elle n'a pas encore été remise)

En cas de décès:

- certificat de décès
 pour veuf.ves divorcé.es: copie du jugement de divorce

13. Obligation de renseigner

La personne bénéficiaire d'une rente est tenue de signaler par écrit à la CPS:

- les changements d'adresse de domicile et d'adresse de paiement
- les changements d'état civil
- les droits à des prestations des assurances sociales, en particulier des prestations AVS/AI/LAA
- en cas d'invalidité: modification de la capacité de gain

14. Signatures

Par sa signature, la personne assurée confirme avoir pris connaissance de l'obligation de renseigner et avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Date

Signature de la personne assurée

Date

Signature de l'employeur

.....

.....