

Feuille annexe R à la demande de prestations pour survivants (recours contre les tiers responsables)



Notre réf.

Date

Demande du

jj, mm, aaaa

1. Personne décédée

1.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

1.2 Tous le prénoms

le prénom usuel en majuscules

1.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

1.4 Numéro AVS

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

1.5 Date du décès

jj, mm, aaaa

2. Identité de la personne présentant la demande

2.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

2.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

2.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

2.4 Numéro AVS

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

3. Eclaircissements

Il se peut qu'en relation avec l'événement qui vous a amené/e à déposer une demande de prestations à l'AVS, la responsabilité d'une tierce personne soit engagée. Dans tel cas, l'AVS exerce son droit de recours contre la personne responsable, respectivement son assurance responsabilité civile, jusqu'à concurrence des prestations servies. Nous vous serions dès lors gré de bien vouloir répondre aux questions posées ci-après, nous permettant ainsi de déterminer avec précision les circonstances du décès.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

3.1 Quel était votre lien avec la personne décédée ?

- partenaire
- père
- mère
- autre (s.v.p. compléter)

3.2 Quelle est la cause du décès de la personne assurée ?

- accident de la circulation routière
- autre accident
- autre cause (s.v.p. compléter)

3.3 Date et lieu de l'événement

3.4 La police ou toute autre autorité a-t-elle été saisie de l'événement ?

- oui non

Police / autre autorité

Téléphone / Portable

Adresse

rue, NPA, localité

Cette autorité a-t-elle établi un rapport écrit de l'événement ?

- oui non

3.5 Description détaillée de l'événement

Que s'est-il passé ? Quelle(s) en est (sont) la(les) cause(s) ? Y-a-t'il eu participation de tiers ?

3.6 Personnes impliquées dans l'événement

auteur(s)
 témoin(s)

Nom Téléphone / Portable

Adresse

rue, NPA, localité

auteur(s)
 témoin(s)

Nom Téléphone / Portable

Adresse

rue, NPA, localité

3.7 Avez-vous confié la défense de vos intérêts à un/e avocat/e, à une assurance de protection juridique ou à un autre organisme ?

oui non

Nom Téléphone / Portable

Adresse

rue, NPA, localité

3.8 En relation avec cet événement, faites-vous valoir des prétentions en dommages-intérêts contre une personne déterminée ?

oui non

Nom Téléphone / Portable

Adresse

rue, NPA, localité

3.9 La personne désignée au chiffre précédent est-elle assurée en responsabilité civile ?

oui non je ne sais pas

Assurance responsabilité civile No de dommage / No de police

Adresse Téléphone / Portable

rue, NPA, localité

3.10 Avez-vous, à la suite de l'événement, intenté une action en dommages-intérêts ?

oui non

auprès de l'instance suivante

tribunal ou autre

contre la personne / la compagnie d'assurance responsabilité civile suivante

3.11 Une procédure pénale a-t-elle été ouverte en relation avec l'événement ?

oui non

par l'instance suivante

contre la(les) personne(s) suivante(s)

3.12 La victime était-elle assurée obligatoirement contre les accidents au moment de l'événement ?

oui non

Assureur-accidents

No de l'accident

Adresse

Téléphone / Portable

rue, NPA, localité

3.13 Lors de la survenance de l'événement, la victime était-elle assurée auprès d'une caisse de pension ?

(institution de prévoyance)

oui non

Caisse de pension (institution de prévoyance)

Téléphone / Portable

Adresse

rue, NPA, localité

4. Contact, procuration et signature

S'il devait y avoir des questions complémentaires, à quel numéro de téléphone pouvons-nous vous atteindre ?

Privé

Travail

Remarques

Procuration

En signant ce formulaire, la personne survivante ou son représentant autorise toutes les personnes et tous les organes entrant en considération, en particulier les avocats, les médecins, le personnel paramédical, les hôpitaux, les établissements de soins, les caisses-maladie, les employeurs, les sociétés fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'assistance privées, à donner à la caisse de compensation compétente les renseignements nécessaires à l'exercice par l'assurance du droit de recours contre les tiers responsables contre lesquels la personne survivante peut faire valoir des prétentions en dommage et intérêts suite au préjudice subi.

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et véridique.

Lieu et date

Signature

Joindre les documents disponibles

Rapport de police, rapport d'accident, etc.