

Déclaration clause bénéficiaire Prévoyance professionnelle

Employeur

Contrat n°

Assuré n°

Informations sur la personne assurée

Prénom

Nom

Rue/n°

État civil

célibataire

marié(e)

NPA/Lieu

en partenariat enregistré

Date de naissance

divorcé(e)

veuf/veuve

Ordre des bénéficiaires

Les dispositions réglementaires générales prévoient l'ordre des bénéficiaires suivants:

Ont droit au capital au décès assuré ou à la restitution des cotisations selon plan de prévoyance:

- le conjoint survivant ou le(la) partenaire enregistré(e) survivant(e),
- à défaut: à parts égales, les enfants ayant droit à une rente,
- à défaut: le partenaire qui aurait droit à une rente,
- à défaut: les personnes physiques à l'entretien desquelles la personne assurée subvenait de façon substantielle ou la personne qui avait formé avec elle une communauté de vie ininterrompue d'au moins cinq ans immédiatement avant le décès ou qui doit subvenir à l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs, à parts égales,
- à défaut: à parts égales, les enfants selon art. 252 CC qui n'ont aucun droit à une rente d'orphelin ou, à défaut, à parts égales, les parents ou, à défaut, à parts égales, les frères et sœurs (y compris demi-frères et demi-sœurs);
- à défaut: à parts égales, les autres héritiers légaux à l'exclusion de la collectivité de droit. Dans ce cas, le montant devant être versé est cependant réduit comme suit:
 - restitution des cotisations: la moitié de l'avoir de vieillesse, mais un moins les cotisations et apports financés par le salarié
 - capital au décès selon le plan de prévoyance: la moitié

Déclaration clause bénéficiaire

En dérogation à cela, la personne assurée peut choisir librement l'ordre des lettres a., b. et c. ainsi que l'ordre à la lettre e. et désigner plus précisément les droits des bénéficiaires des lettres b., d., e. et f..

La déclaration doit être parvenue à la fondation par écrit du vivant de la personne assurée.



Modifications

Je souhaite la modification suivante des bénéficiaires:

Signature

La personne assurée a pris connaissance que la déclaration peut être non valable si elle contredit les dispositions légales ou réglementaire.

Lieu/date

Signature

**Prénom/nom
(en majuscule)**

