



Déclaration de bénéficiaires

N° d'affilié

Société

Personne assurée :

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

N° AVS (à onze chiffres)

Etat civil

J'ai pris connaissance du verso de la **déclaration de bénéficiaires au capital-décès** et demande qu'à mon décès le capital-décès dû avant l'âge terme réglementaire soit versé aux personnes suivantes :

Personne bénéficiaire 1 Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance

Relation avec la personne assurée

(p. ex. frère, partenaire, etc.)

Part au capital-décès

(en % ou en fraction)

Personne bénéficiaire 2 Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

Date de naissance

Relation avec la personne assurée

(p. ex. frère, partenaire, etc.)

Part au capital-décès

(en % ou en fraction)

Par la présente déclaration, je révoque toutes les déclarations de bénéficiaires remises antérieurement.

Je m'engage à communiquer à la caisse de pension susmentionnée les changements d'état civil, les changements d'adresse des bénéficiaires ainsi que tout autre changement susceptible d'influencer le droit aux prestations.

Je prends acte de ce qui précède :

- Pour la validité de cet ordre des bénéficiaires spécial, ce ne sont pas les conditions actuelles ou les dispositions réglementaires et légales actuelles qui sont déterminantes, mais celles en vigueur au moment du décès.
- La caisse de pension mentionnée ci-dessus consignera judiciairement la prestation d'assurance en question à son échéance en cas de contestation de cette déclaration de bénéficiaire.



Déclaration de bénéficiaires

Votre confirmation et signature

Par ma signature, je confirme avoir rempli ce formulaire de demande de manière complète et conforme à la vérité et avoir pris connaissance des dispositions.

Lieu et date :

Signature de la personne assurée :

Légalisation officielle de la signature :
(Légalisation par la commune ou le notaire)

Lieu et date :

Signature / timbre :
