

Déclaration de bénéficiaires pour la répartition d'un éventuel capital-décès

Nous vous invitons à remplir ce formulaire si vous souhaitez modifier les droits des bénéficiaires au sein d'un groupe de bénéficiaires au sens de l'art. 19 du plan de prévoyance DENNER. Vous devez remettre le formulaire à la PIG de votre vivant, sinon l'éventuel capital-décès est réparti à parts égales au sein des groupes de bénéficiaires suivants:

- a) le conjoint, les enfants ayant droit à une rente d'orphelin, ainsi que les personnes physiques dont l'assuré décédé subvenait de façon considérable à l'entretien depuis au moins 24 mois avant son décès ou la personne qui a vécu avec elle en partenariat au même domicile sans interruption pendant les 5 dernières années avant son décès, ou, s'il n'y avait pas de domicile commun, dont le devoir mutuel d'assistance et d'entretien a été déclaré du vivant de la personne assurée conformément à l'Annexe 5 au moyen d'une convention d'assistance authentifiée, ou qui doit subvenir à l'entretien d'au moins un enfant commun, intégralement ;
- b) en l'absence de bénéficiaires selon la lettre a), les autres enfants du défunt, les parents ou frères et soeurs, intégralement ;
- c) en l'absence de bénéficiaires selon les lettres a) et b), les autres héritiers légaux, à l'exception de la collectivité, dans l'étendue de 50 % du capital-décès.

A) La personne assurée

Nom/prénom _____ Date de naissance _____
 N° AVS 756. _____ N° personnel _____

B) Déclarations

L'ordre des groupes de bénéficiaires a) à c) ne peut pas être modifié. En d'autres termes, en cas d'ayants droit prioritaires, la personne d'ordre hiérarchique inférieur n'a pas droit au capital-décès. En revanche, les droits des bénéficiaires au sein d'un groupe peuvent être fixés librement. Une déclaration de bénéficiaires remise à la PIG demeure valable aussi longtemps que nous ne recevons aucune autre communication.

C) Bénéficiaires

À mon décès, je souhaite qu'un éventuel capital-décès revienne aux personnes suivantes (la somme de toutes les parts en pour cent doit s'élever à 100%).

Nom/ Prénom _____	Date de naissance _____	Part en % _____
Adresse _____		
Lien: <input type="checkbox"/> Conjoint/ <input type="checkbox"/> enfant / <input type="checkbox"/> partenaire / <input type="checkbox"/> personne bénéficiant d'un soutien prépondérant / <input type="checkbox"/> parents/ <input type="checkbox"/> frères et soeurs		
Nom/ Prénom _____	Date de naissance _____	Part en % _____
Adresse _____		
Lien: <input type="checkbox"/> Conjoint/ <input type="checkbox"/> enfant / <input type="checkbox"/> partenaire / <input type="checkbox"/> personne bénéficiant d'un soutien prépondérant / <input type="checkbox"/> parents/ <input type="checkbox"/> frères et soeurs		
Nom/ Prénom _____	Date de naissance _____	Part en % _____
Adresse _____		
Lien: <input type="checkbox"/> Conjoint/ <input type="checkbox"/> enfant / <input type="checkbox"/> partenaire / <input type="checkbox"/> personne bénéficiant d'un soutien prépondérant / <input type="checkbox"/> parents/ <input type="checkbox"/> frères et soeurs		
Nom/ Prénom _____	Date de naissance _____	Part en % _____
Adresse _____		
Lien: <input type="checkbox"/> Conjoint/ <input type="checkbox"/> enfant / <input type="checkbox"/> partenaire / <input type="checkbox"/> personne bénéficiant d'un soutien prépondérant / <input type="checkbox"/> parents/ <input type="checkbox"/> frères et soeurs		

La PIG vérifie un droit éventuel au capital-décès seulement après le décès sur la base des dispositions réglementaires en vigueur à ce moment-là.

Lieu, date: _____

Signature de la personne assurée: _____