

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. 34 al. 2 du règlement de la Prévoyance in globo^M (PIG) 2019 (état 01.01.2023). 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 survivant et les enfants du défunt qui ont droit à une rente d'orphelin ainsi que les personnes à charge du défunt pendant au moins 24 mois jusqu'à son décès, ou
la personne qui a formé avec ce dernier une communauté de vie ininterrompue avec domicile commun d'au moins cinq ans immédiatement avant le décès ou, en l'absence de domicile commun, l'obligation de soutien et d'assistance commune déclarée par un contrat d'assistance authentifié de son vivant, ou
la personne qui doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs; à défaut;
- b) les enfants du défunt qui n'ont pas droit à une rente d'orphelin; à défaut
- c) les parents; à défaut
- d) les frères et sœur.

A) La personne assurée

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

B) Déclarations

L'ordre des groupes de bénéficiaires a) à d) 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 sœurs					
<hr/>					
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 sœurs					
<hr/>					
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 sœurs					
<hr/>					
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 sœurs					

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: _____