

Modification de l'ordre des bénéficiaires du capital-décès

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

No AVS 756. _____ Date de naissance ____/____/____

Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Article 46 alinéa 3 du règlement de la prévoyance en vigueur au 01.01.2022

Moyennant information écrite adressée de son vivant à la Fondation, l'assuré peut désigner les bénéficiaires auxquels le capital décès doit être attribué et déterminer la part de chacun. Toutefois, il ne saurait attribuer une prestation aux personnes des catégories III et suivantes s'il existe un bénéficiaire potentiel des catégories I et II.

Lorsque les ayants droit des catégories I et II (conjoint survivant et orphelins) bénéficient de prestations de survivants selon le présent règlement au moins équivalentes aux prestations minimales de la LPP, l'assuré librement établit une clause bénéficiaire désignant la ou les personnes auxquelles il entend que le capital décès soit attribué parmi celles désignées globalement par les catégories I à V.

L'assuré ne peut attribuer une prestation aux héritiers légaux que pour autant qu'il n'y ait aucun bénéficiaire selon les catégories I à VII.

La personne assurée peut en tout temps révoquer ou modifier cette clause bénéficiaire.

Demande de modification de l'ordre des bénéficiaires du capital décès

Par la présente, je souhaite procéder à la modification suivante de l'ordre des bénéficiaires du capital décès pour les catégories I à V conformément au règlement de prévoyance de la Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED :

I. Le conjoint ou le partenaire enregistré, à défaut

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

II. Les enfants ayant droit à une rente d'orphelin, à défaut

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

III. Le concubin au sens de l'art. 44 du règlement, à défaut

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

IV. Les personnes que l'assuré(e) assistait de manière prépondérante, à défaut

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

V. Les enfants qui n'ont pas droit à une rente d'orphelin, à défaut

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance ____/____/____ Part ____%

La personne assurée reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent formulaire et de l'art. 46 du règlement de prévoyance la Fondation de prévoyance professionnelle en faveur de AROMED.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

