

Modification de l'ordre des bénéficiaires du capital-décès

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

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Nom _____ Prénom _____

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

État civil célibataire marié(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

ARTICLE 46 AL. 3 DU RÈGLEMENT DE LA PRÉVOYANCE EN VIGUEUR

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 peut librement établir 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 VII.

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 (ART. 46 AL. 2)

Par la présente, je souhaite procéder à la modification suivante de l'ordre des bénéficiaires du capital décès pour les catégories I à VII 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 _____ %

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 ____ %

VI. Les parents, à défaut :

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

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

VII. Les frères et sœurs, à défaut :

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

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

Les héritiers légaux (à l'exclusion de la collectivité publique) ont droit à 50% de l'avoir de vieillesse accumulée au moment du décès.

SIGNATURE

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

Vos données personnelles sont traitées conformément à la notice de confidentialité qui est disponible sur <https://aromed.ch/politique-de-confidentialite/>. La notice de confidentialité décrit notamment vos droits en matière de traitement de vos données ainsi que les coordonnées de notre conseiller à la protection des données.

