

## Déclaration sur la répartition du capital-décès Modification des bénéficiaires

Fondation de prévoyance

Employeur

Catégorie

Assuré(e)

Nom

Prénom

Adresse

NPA/localité

Coordonnées en cas de demande  
de précisions pendant la journée  
(e-mail ou N° de téléphone)

Etat civil

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf/ve

Partenariat enregistré

Partenariat dissous

Basé sur le règlement de prévoyance, je souhaite qu'après mon décès, le capital-décès éventuellement disponible soit transmis à la personne suivante/aux personnes suivantes:

Nom, prénom, adresse	Degré de parenté ou relation	Date de naissance	Groupe de personnes selon règlement	Part en pour-cent

La présente déclaration remplace et annule toutes les éventuelles hiérarchies de bénéficiaires antérieures.

Lieu, date

Signature de l'assuré(e)

**S'il existe un partenaire et/ou une personne physique bénéficiant de façon substantielle du soutien de la personne assurée, il convient de remettre en plus le formulaire «Déclaration/certification de l'obligation d'entretien (convention type)».**

**Au moment du décès, la fondation vérifie si les conditions d'attribution du capital-décès dans l'ordre souhaité des bénéficiaires sont remplies.**