groupemutuel
fondation collective

Désignation des ayants droit au capital au décès

Employeur

Raison sociale: _____ N° de contrat: _____

Personne assurée

Nom: _____ N° assurance sociale: 756. _____

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Etat civil: _____

Données personnelles du ou des ayants droit

1. Nom: _____ Date de naissance: _____

   Prénom: _____ Lien de parenté: _____

   Part du capital au décès: _____ % ou CHF _____

2. Nom: _____ Date de naissance: _____

   Prénom: _____ Lien de parenté: _____

   Part du capital au décès: _____ % ou CHF _____

3. Nom: _____ Date de naissance: _____

   Prénom: _____ Lien de parenté: _____

   Part du capital au décès: _____ % ou CHF _____

4. Nom: _____ Date de naissance: _____

   Prénom: _____ Lien de parenté: _____

   Part du capital au décès: _____ % ou CHF _____

Conditions réglementaires

- Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'art. 20 du règlement de prévoyance de la fondation.
- Je déclare qu'aucun ayant droit mentionné sous les lettres a à c de l'art. 20, al. 1 du règlement de prévoyance ne pourrait prétendre au versement du capital au décès.
- Je déclare que le ou les ayants droit désignés ci-dessus font partie des ayants droit mentionnés sous les lettres d à g de l'art. 20, al. 1 du règlement de prévoyance.

Lieu et date: _____

Signature de la personne assurée: _____

Fondation Collective Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 – Case postale
CH-1919 Martigny
www.groupemutuel.ch

Votre contact
Prévoyance Professionnelle
lpp@groupemutuel.ch