

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. 19 du Règlement de prévoyance de la fondation.
- Je déclare qu'aucun ayant droit mentionné sous les lettres a à c de l'art. 19, 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. 19, al. 1 du Règlement de prévoyance.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée: