

Clause bénéficiaire concernant le capital décès / capital décès supplémentaire

Art. 30 du règlement de prévoyance : Versements en capital en cas de décès

Vous trouverez des précisions importantes à ce sujet dans notre aide-mémoire
« Communauté de vie / capital décès / capital décès supplémentaire ».

Identité de la personne assurée

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	NPA, localité	_____
N° AS	_____	Etat civil	_____
Employeur	_____		

Me fondant sur les dispositions de l'art. 30 du règlement de prévoyance de Profond, je désire que le capital éventuel en cas de décès soit versé dans l'ordre ci-après des bénéficiaires et pour les quotes-parts respectives suivantes :



Remarque

Veillez noter que sont ayants droit, indépendamment du droit successoral, les survivants selon l'ordre de préséance suivant, étant entendu que le groupe qui précède exclut celui qui suit du droit à percevoir.

Groupe d'ayants droit 1 (art. 30, al. 2, let. a))

Conjointe/conjoint (art. 25) ou partenaire (art. 27)

Personne(s) bénéficiaire(s)

Nom	Prénom	Date de naissance										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Groupe d'ayants droit 2 (art. 30, al. 2, let. b))

Les personnes physiques qui, à la date du décès, bénéficiaient d'un soutien considérable de la part de la personne assurée

Personne(s) bénéficiaire(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Quote-part en %										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____

Groupe d'ayants droit 3 (art. 30, al. 2, let. c))

Les enfants de la personne assurée

Personne(s) bénéficiaire(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Quote-part en %										
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____
_____	_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											_____

