

Déclaration de bénéficiaire en cas de décès

.....
Nom employeur

Données de la personne assurée

.....
Nom | Prénom

.....
Date de naissance

.....
Rue | N°

.....
NPA | Lieu

.....
N° téléphone

.....
E-Mail

Etat civil célibataire marié/e
 partenariat enregistré
 divorcé/e veuf/ve

.....
Date du mariage / de l'enregistrement

Je souhaite modifier comme suit l'ordre des bénéficiaires, en cas de mon décès avant l'âge de la retraite, en dérogation aux dispositions réglementaires (selon le règlement de prévoyance de la Schweizer KMU Pensionskasse Art. 10b - version allemande) :

- Je souhaite bénéficier mes frères et sœurs par rapport à mes parents en%
- En cas de décès, mes enfants doivent être bénéficiés par rapport à mes frères et sœurs et à mes parents en%

ou

%-Part	Bénéficiaire Nom Prénom Adresse	Date de naissance	Relation avec la personne assurée
--------	--	-------------------	--------------------------------------

Déclaration de bénéficiaire en cas de décès

Extrait du règlement de prévoyance (du 1er janvier 2021 - version allemande ;
En cas de divergences entre les versions allemande et française, la version allemande fait foi.)



Art. 10b Capital décès

1 Le capital décès est dû lorsque la personne assurée décède avant la retraite. Il correspond à l'avoir de vieillesse disponible au moment du décès, déduction faite de la valeur capitalisée des éventuelles prestations de survivants.

2 Les personnes suivantes sont les ayants droit :

- a) le conjoint survivant ou le partenaire enregistré survivant, à défaut,
- b) les personnes physiques à l'entretien desquelles l'assuré a subvenu de manière substantielle ou la personne qui a formé avec lui une communauté de vie ininterrompue d'au moins cinq ans immédiatement avant le décès ou qui devait subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs ; à défaut,
- c) les enfants du défunt, les parents ou les frères et sœurs ; à défaut,
- d) à défaut des bénéficiaires visés aux points a à b : les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la communauté, à concurrence de 50 pour cent du capital de prévoyance. En l'absence d'ayants droit des groupes a à d, les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité publique, ont droit à la moitié du capital-décès, à parts égales.

3 Afin de mieux prendre en compte le but de la prévoyance sur la base de la situation individuelle, une personne assurée peut déterminer individuellement la répartition proportionnelle entre les ayants droit au sein des groupes a à d.



Par sa signature, l'assuré(e) confirme avoir pris connaissance des remarques suivantes :

- L'assuré(e) confirme avoir pris connaissance des dispositions du règlement de prévoyance et les reconnaît. Le conseil de fondation de la Schweizer KMU Pensionskasse peut à tout moment adapter les dispositions réglementaires. Dans tous les cas, le règlement de prévoyance en vigueur au moment du décès est applicable, sauf si le règlement de prévoyance alors en vigueur contient une disposition d'applicabilité différente.
- L'assuré(e) communique à la Schweizer KMU Pensionskasse toute modification pouvant avoir une influence sur la présente déclaration de bénéficiaire. En l'absence de communication de modifications importantes, les prestations sont versées conformément aux dispositions réglementaires.
- La situation au moment du décès est déterminante pour le versement des prestations. La Schweizer KMU Pensionskasse est en droit d'exiger des justificatifs et des désignations de bénéficiaires avant de procéder au versement des prestations.
- Seules les déclarations de bénéficiaires remises à la Schweizer KMU Pensionskasse peuvent être valables.
- Veuillez noter qu'une clause bénéficiaire de la caisse de pension est indépendante de la clause bénéficiaire du droit de succession. La caisse de pension ne peut pas prendre en compte les clauses bénéficiaires relevant du droit de succession.
- Les nouvelles déclarations de bénéficiaires remplacent entièrement les déclarations de bénéficiaires déjà soumises et ne peuvent en aucun cas contenir que des compléments.

Confirmation de la personne assurée

.....
Lieu | Date

.....
Nom | Prénom

.....
Signature