

## Annonce de l'assuré au droit des prestations en cas de décès

### Personne assurée

|                 |             |              |      |         |
|-----------------|-------------|--------------|------|---------|
| Nom             |             | Prénom       |      |         |
| Caisse pensions |             | No. d'assuré |      |         |
| Etat civil      | Célibataire | Marié        | Veuf | Divorcé |

### Annonce d'une communauté de vie

Sont considérées comme concubin(e) ayant droit à une prestation les personnes remplissant les critères définis au chiffre 19.8 du règlement de prévoyance.

### Informations concernant le concubin

|                                |                       |                |      |         |
|--------------------------------|-----------------------|----------------|------|---------|
| Nom                            |                       | Prénom         |      |         |
| Date de naissance              |                       | Lieu d'origine |      |         |
| Adresse                        |                       |                |      |         |
| Etat civil                     | Célibataire           | Marié          | Veuf | Divorcé |
| Date de début de vie commune : | Enfants communs : oui |                |      |         |

### Modification de l'ordre des bénéficiaires

L'assuré peut modifier l'ordre des bénéficiaires selon le cf. 19.13 du règlement de prévoyance et/ou préciser leurs droits respectifs sous réserve des dispositions du chiffre 19.14 et suivants.

#### 1ère personne

|                   |  |           |  |
|-------------------|--|-----------|--|
| Nom               |  | Prénom    |  |
| Rue et no.        |  | Np, Lieu  |  |
| Date de naissance |  | Rang      |  |
| Degré de parenté  |  | Part en % |  |

#### 2ème personne

|                   |  |           |  |
|-------------------|--|-----------|--|
| Nom               |  | Prénom    |  |
| Rue et no.        |  | Np, Lieu  |  |
| Date de naissance |  | Rang      |  |
| Degré de parenté  |  | Part en % |  |

#### 3ème personne

|                   |  |           |  |
|-------------------|--|-----------|--|
| Nom               |  | Prénom    |  |
| Rue et no.        |  | Np, Lieu  |  |
| Date de naissance |  | Rang      |  |
| Degré de parenté  |  | Part en % |  |

#### 4ème personne

|                   |  |           |  |
|-------------------|--|-----------|--|
| Nom               |  | Prénom    |  |
| Rue et no.        |  | Np, Lieu  |  |
| Date de naissance |  | Rang      |  |
| Degré de parenté  |  | Part en % |  |

#### Déclaration de l'assuré

Par la présente déclaration, j'annule toutes les déclarations précédentes et prends acte que la situation personnelle au moment du décès est décisive pour l'appréciation du droit aux prestations. Je prends acte que la Fondation ne vérifie pas, à réception, la conformité aux dispositions légales et réglementaires de la modification de l'ordre des bénéficiaires et qu'elle décline toute responsabilité en cas de nullité résultant d'une non-conformité à ces dispositions. Je suis conscient qu'une modification de l'ordre des bénéficiaires non-conforme aux dispositions réglementaires et légales est nulle.

Lieu, date : ..... Signature : .....