

Capital décès – bénéficiaires

Il est nécessaire d'utiliser le présent formulaire pour désigner une personne en tant que bénéficiaire au sens du chiffre 29.2 al. b) du règlement cadre, pour le cas où la personne assurée décéderait **avant son départ à la retraite ou avant d'atteindre l'âge de la retraite**. Le formulaire dûment rempli doit parvenir à la fondation du vivant de la personne assurée. Dans le cas contraire, le groupe de bénéficiaires c), à défaut le groupe de bénéficiaires d) perçoit le capital décès.

- a) le conjoint, à défaut
- b) les personnes physiques entretenues de façon substantielle par la personne assurée ou la personne avec laquelle la personne assurée a formé une communauté de vie avec ménage commun au cours des cinq années qui ont précédé le décès, ou avec laquelle elle formait une communauté de vie avec ménage commun au moment du décès et qui doit subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs ayant, selon le règlement, un droit à une rente d'orphelin, à défaut
- c) les enfants, les enfants recueillis ou d'un premier lit du défunt, à défaut les parents, à défaut les frères et sœurs, à défaut
- d) les autres héritiers légaux, à l'exclusion des collectivités publiques.

Si vous souhaitez désigner le groupe de bénéficiaires droit c) en tant que bénéficiaire, veuillez utiliser le formulaire «Capital décès – changement de l'ordre des bénéficiaires».

Informations sur la personne assurée ou bénéficiaire de rente

Nom et prénom

Rue

NPA, lieu, pays

N° d'assurance sociale

Date de naissance

Sexe

Etat civil

Caisse de prévoyance/Entreprise

Prévoyance de base

Prévoyance pour les cadres

Si je décède avant mon départ à la retraite ou avant d'atteindre l'âge de la retraite, je souhaite qu'un éventuel capital décès soit versé à la personne suivante:

Nom et prénom

Rapport avec la personne assurée partenaire de vie personne entretenue

Date de naissance

Rue

NPA, lieu, pays

GEMINI Fondation collective n'examinera un éventuel droit au capital décès qu'après le décès, sur la base des dispositions en vigueur à ce moment.

Lieu, date

Signature de la personne assurée