

## Déclaration de modification de l'ordre des bénéficiaires en cas de décès

### Employeur

Entreprise

N° d'employeur

### Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

N° AVS

Rue /N°

NPA/Localité

Sexe  féminin  masculin

Etat civil:

célibataire

divorcé/e

marié/e

veuf/veuve

partenariat enregistré

**Conformément au règlement de prévoyance et indépendamment du droit successoral, les survivants ont droit à un capital-décès dans l'ordre suivant:**

- a) le conjoint ou le partenaire spécifié à l'art. 20.4;
- b) à défaut, le conjoint ou le partenaire spécifié à l'art. 20.4 qui a qualité d'ayant droit au sens du règlement de prévoyance actuellement en vigueur et qui ne remplit pas les conditions pour une rente de conjoint ou de partenaire;
- c) à défaut, les enfants du défunt ayant droit à une rente;
- d) à défaut, les personnes physiques auxquelles la personne assurée apportait un soutien substantiel;
- e) à défaut, les enfants du défunt qui ne remplissent pas les conditions d'octroi définies à l'art. 20.5;
- f) à défaut, les parents;
- g) à défaut, les frères et sœurs.

La personne assurée peut modifier l'ordre des bénéficiaires au sein des catégories énoncées aux let. e) à g), et/ou prévoir une répartition différente (parts différentes) du capital-décès entre les bénéficiaires d'une même catégorie. A défaut de déclaration, le capital-décès est versé à parts égales, sur la base du nombre de personnes entrant dans la catégorie de bénéficiaires.

La personne assurée doit faire connaître sa volonté de son vivant, en utilisant le formulaire «Déclaration de modification de l'ordre des bénéficiaires en cas de décès» prévu par la Previs. Si elle souhaite révoquer une clause bénéficiaire existante, la personne assurée doit compléter et déposer un nouveau formulaire de déclaration de modification de l'ordre des bénéficiaires.

### Modification de l'ordre des bénéficiaires

Conformément au règlement de prévoyance de la Previs, la personne assurée souhaite procéder aux changements suivants au sein des catégories de bénéficiaires e) à g) si elle venait à disparaître:

e)

Nom/Prénom/Adresse	Date de naissance	Lien de parenté	Part (%)

f)

Nom/Prénom/Adresse	Date de naissance	Lien de parenté	Part (%)

g)

Nom/Prénom/Adresse	Date de naissance	Lien de parenté	Part (%)

La personne assurée atteste avoir pris connaissance du contenu du formulaire et du règlement de prévoyance de la Previs.

Lieu et date	Signature de la personne assurée
--------------	----------------------------------

**Document nécessaire:**

- Copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité, telle que carte d'identité ou passeport

Previs Vorsorge  
Brückfeldstrasse 16  
Postfach  
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge  
Brückfeldstrasse 16  
Postfach  
CH-3001 Bern