Fondation Agrisano
Assurances
Prévoyance libre

Pilier 3b – Contrat collectif N° U8369

N° d'assuré _____

Désignation de bénéficiaires

Les assurances étant souscrites dans le cadre du pilier 3b, le versement du capital décès (plan TK3 et HR3) n'est en principe soumis à aucune restriction concernant les bénéficiaires.

Sous réserve d'autres dispositions écrites communiquées de son vivant par la personne assurée à l'organe d'application (Fondation Agrisano), les survivants ont droit au capital décès dans l'ordre ci-après, indépendamment du droit de succession (conditions stipulées à l'art. 9, al. 3):

I. le conjoint survivant ou le partenaire enregistré;
II. les enfants au sens de l'art. 252 CC;
III. le partenaire survivant (selon l'art. 8, al. 2);
IV. les parents;
V. les frères et sœurs;
VI. les autres héritiers ou d'autres personnes désignées par le défunt comme ayants droit.

Pour une prestation en capital selon le Plan HR3, la qualité d'ayant droit se fonde sur l'art. 8, al. (1) des conditions.

Déclaration de volonté

Par la présente, je soussigné(e)

Nom _____ Prénom _____

N° AVS (à 13 chiffres) _____ Date de naissance _____

décide de modifier/compléter l'attribution bénéficiaire comme suit, conformément aux conditions:

Rang de priorité	Bénéficiaire(s) (Nom, prénom)	Date de naissance	NPA, localité
I.			
II.			
III.			

Si une rente de survivants (plan HR3) est assurée, en cas de décès de la personne assurée, elle est versée au conjoint survivant ou, s'il y a droit, au partenaire survivant ou au partenaire enregistré. Si la personne assurée ne laisse pas de conjoint, de partenaire survivant ou de partenaire enregistré, la valeur actuelle de la rente de survivants est versée sous forme de capital décès aux ayants droits conformément à l'ordre susmentionné (conditions stipulées à l'art. 8).

Il incombe aux bénéficiaires d'apporter la preuve au moment du décès qu'ils ont droit à des prestations.

L'organe d'application (Fondation Agrisano) vérifie la validité de la désignation au moment du décès de la personne assurée.

La présente désignation de bénéficiaires remplace toutes les précédentes et est valable jusqu'à révocation écrite par la personne assurée.

Lieu et date	Signature de la personne assurée
_____	_____

Merci de renvoyer le présent formulaire à: Fondation Agrisano, Laurstrasse 10, 5201 Brugg