

COPRE

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Entreprise affiliée : N° de contrat :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : Date de naissance :

N° AVS : Sexe : M F

Adresse :

Tél. privé/portable : E-mail :

Etat civil dès le : célibataire marié(e) divorcé
 lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous veuf(ve)

Clause bénéficiaire

L'assuré(e) peut modifier l'ordre des bénéficiaires au sein d'une même catégorie de bénéficiaires et/ou déterminer que la répartition du capital décès entre plusieurs bénéficiaires s'effectue à parts inégales (Art. 32, al. 4 du règlement de prévoyance). **L'ordre des catégories de bénéficiaires ne peut pas être modifié.**

Les bénéficiaires du capital sont, indépendamment du droit de succession et de toute disposition testamentaire, dans l'ordre de catégorie suivante :

Catégorie A. La totalité du capital décès pour :

- Le conjoint, à défaut
- Les enfants ayant le droit à une rente, à défaut
- Le concubin défini par l'art. 27 du présent règlement

Je souhaite changer la catégorie A comme suit :

à défaut,

Catégorie B. La totalité du capital décès pour,

- Les enfants de la personne assurée n'ayant pas droit à une rente, à défaut
- Le père et la mère du défunt, à défaut
- Les frères et sœurs du défunt

Je souhaite changer la catégorie B comme suit :

à défaut,

Catégorie C. 50% du capital décès pour,

- Les autres héritiers légaux, à l'exclusion des collectivités publiques, à concurrence des cotisations payées par l'Assuré

Lieu et Date : Signature de l'assuré(e) :