



Déclaration des bénéficiaires pour les personnes célibataires

Nous sommes ravis que vous vous penchiez sur votre déclaration des bénéficiaires. Vous trouverez des indications et des informations utiles dans les documents suivants:

- ▶ Si vous êtes membre de la Pensionskasse (Caisse de pension), dans l'art. 24 (capital décès) et l'art. 24b (rente de vieillesse ou de retraité invalide avec protection du capital pendant 5 ans) du Règlement de la caisse.
- ▶ Si vous êtes assuré-e auprès de la Vorsorgestiftung (Fondation de prévoyance), dans l'art. 22 (rente de partenaire) ou l'art. 24 (capital décès) du Règlement de prévoyance.
- ▶ Dans notre mémento concernant l'ordre des bénéficiaires, qui inclut des exemples pratiques.

À noter:

- ▶ Vous devez déclarer vos bénéficiaires à l'Asga de votre vivant.
- ▶ Le Règlement de la caisse et le Règlement de prévoyance de la Vorsorgestiftung (Fondation de prévoyance) en vigueur sont disponibles à l'adresse www.asga.ch.

Possibilités en matière de désignation du bénéficiaire

Le capital décès (art. 24 du Règlement de la caisse/Règlement de prévoyance) est exigible lorsque la **personne assurée décède avant la retraite**.

Le capital décès correspond globalement à l'avoir de vieillesse disponible au moment du décès, moins les éventuelles valeurs actuelles pour les prestations sous forme de rente du partenaire et du partenaire divorcé, moins les prestations en capital selon l'art. 23, ch. 5 et 9 du Règlement de la caisse ou l'art. 22, ch. 5 et 9 du Règlement de prévoyance.

Si une personne percevant une rente de vieillesse décède dans les 5 ans suivant sa retraite ou au cours de la dernière étape de sa retraite partielle, un capital décès devient exigible. Le montant de ce capital décès correspond à 5 rentes annuelles (calculées au moment de la retraite),



déduction faite des rentes déjà perçues jusqu'au décès (art. 24b du Règlement de la caisse).

Les personnes survivantes suivantes ont droit au capital décès:

Groupe a: le/la conjoint-e ou le/la partenaire enregistré-e

Groupe b: le/la partenaire conformément à l'art. 23, ch. 2 du Règlement de la caisse ou à l'art. 22, ch. 2 du Règlement de prévoyance

Groupe c: la personne qui doit subvenir aux besoins d'un ou plusieurs enfants communs

Groupe d: les personnes physiques ayant bénéficié d'un soutien important de la part de la personne assurée

Groupe e: les enfants conformément à l'art. 252 CC

Groupe f: les parents

Groupe g: les frères et sœurs

Groupe h: les autres héritiers légaux dans la mesure de la moitié du capital décès, à l'exclusion de la collectivité publique

Remarque

- Afin de réaliser au mieux le but de la prévoyance en fonction de la situation personnelle, vous pouvez **définir librement la répartition procentuelle** entre les ayants droit **des groupes a à h**.
- Les groupes b à d ne sont pris en compte que si ces personnes nous ont été désignées au moyen d'une déclaration des bénéficiaires.
- Vous pouvez également modifier l'**ordre** des groupes **b à d**, ainsi que celui des groupes f et g.

Comment procéder?

1. Réfléchissez à la/aux personne(s) que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire(s) en 1re position.
2. Désignez cette/ces personne(s) comme bénéficiaire(s) en 1re position et choisissez la répartition procentuelle. Si, à votre décès, l'une des personnes indiquées est décédée, le capital décès sera réparti au prorata entre les personnes restantes en 1re position.
3. Vous pouvez désigner d'autres personnes comme bénéficiaires en 2e position, en 3e position et pour les positions suivantes. Toutefois, ces personnes n'entreront en ligne de compte que si toutes les personnes des positions précédentes sont décédées.



Déclaration des bénéficiaires pour les personnes célibataires

Veillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie. Des formulaires entièrement remplis permettent un traitement rapide sans perte de temps.

☐ Pensionskasse (Caisse de pension)

☐ Vorsorgestiftung (Fondation de prévoyance)

1. Personne assurée

Nom

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

Sexe

☐ m ☐ f

Etat civil

☐ célibataire ☐ partenariat enregistré ☐ marié-e ☐ divorcé-e ☐ veuf-ve

Rue, n°

NPA

Localité

Téléphone privé

Téléphone professionnel

Téléphone mobile

E-mail

Employeur

N° de membre/de contrat

Lieu

Date

Signature de la personne assurée

En apposant votre signature, vous confirmez avoir pris connaissance des possibilités en matière de désignation du bénéficiaire selon le Règlement de la caisse de l'Asga ou le Règlement de prévoyance de la Vorsorgestiftung (Fondation de prévoyance).

► *Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé à l'Asga, Case postale, 9001 St-Gall.*

i

Important

Cette déclaration remplace toutes les déclarations des bénéficiaires fournies précédemment dans le cadre de la prévoyance professionnelle. Nous attirons l'attention de la personne assurée sur le fait que la validité de cette déclaration ne repose pas sur la situation actuelle ni sur les dispositions réglementaires et légales actuelles, mais sur celles du moment du décès.



Bénéficiaires en 1re position						
Groupe	Désignation du bénéficiaire	Part du capital décès en %	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse	Etat civil
Enfant 1*	☐ oui ☐ non					
Enfant 2*	☐ oui ☐ non					
Enfant 3*	☐ oui ☐ non					
Enfant 4*	☐ oui ☐ non					
Personne qui doit subvenir aux besoins d'un ou plusieurs enfants communs	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Parent 1	☐ oui ☐ non					
Parent 2	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 1	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 2	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					

Les différents groupes ne peuvent pas être associés entre eux.

* Si la personne assurée a des enfants, ce groupe doit être désigné comme bénéficiaire en première position.

Signature de la personne assurée

**Bénéficiaires en 2e position**

Groupe	Désignation du bénéficiaire	Part du capital décès en %	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse	Etat civil
Enfant 1*	☐ oui ☐ non					
Enfant 2*	☐ oui ☐ non					
Enfant 3*	☐ oui ☐ non					
Enfant 4*	☐ oui ☐ non					
Personne qui doit subvenir aux besoins d'un ou plusieurs enfants communs	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Parent 1	☐ oui ☐ non					
Parent 2	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 1	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 2	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					

Les différents groupes ne peuvent pas être associés entre eux.

* Si la personne assurée a des enfants, ce groupe doit être désigné comme bénéficiaire en première position.

Signature de la personne assurée



Bénéficiaires en 3e position						
Groupe	Désignation du bénéficiaire	Part du capital décès en %	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse	Etat civil
Enfant 1*	☐ oui ☐ non					
Enfant 2*	☐ oui ☐ non					
Enfant 3*	☐ oui ☐ non					
Enfant 4*	☐ oui ☐ non					
Personne qui doit subvenir aux besoins d'un ou plusieurs enfants communs	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Parent 1	☐ oui ☐ non					
Parent 2	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 1	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 2	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					

Les différents groupes ne peuvent pas être associés entre eux.

* Si la personne assurée a des enfants, ce groupe doit être désigné comme bénéficiaire en première position.

Signature de la personne assurée



Bénéficiaires en 4e position						
Groupe	Désignation du bénéficiaire	Part du capital décès en %	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse	Etat civil
Enfant 1*	☐ oui ☐ non					
Enfant 2*	☐ oui ☐ non					
Enfant 3*	☐ oui ☐ non					
Enfant 4*	☐ oui ☐ non					
Personne qui doit subvenir aux besoins d'un ou plusieurs enfants communs	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Parent 1	☐ oui ☐ non					
Parent 2	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 1	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 2	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					

Les différents groupes ne peuvent pas être associés entre eux.

* Si la personne assurée a des enfants, ce groupe doit être désigné comme bénéficiaire en première position.

Signature de la personne assurée



Bénéficiaires en 5e position						
Groupe	Désignation du bénéficiaire	Part du capital décès en %	Nom, prénom	Date de naissance	Adresse	Etat civil
Enfant 1*	☐ oui ☐ non					
Enfant 2*	☐ oui ☐ non					
Enfant 3*	☐ oui ☐ non					
Enfant 4*	☐ oui ☐ non					
Personne qui doit subvenir aux besoins d'un ou plusieurs enfants communs	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Personne(s) ayant bénéficié d'un soutien	☐ oui ☐ non					
Parent 1	☐ oui ☐ non					
Parent 2	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 1	☐ oui ☐ non					
Frère/sœur 2	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					
Autres héritiers légaux	☐ oui ☐ non					

Les différents groupes ne peuvent pas être associés entre eux.

* Si la personne assurée a des enfants, ce groupe doit être désigné comme bénéficiaire en première position.

Signature de la personne assurée