

# DÉCLARATION DE BÉNÉFICIAIRE

## PARTENARIAT DE VIE

La caisse de pension Hirslanden offre les prestations de survivants suivantes aux personnes non mariées vivant en partenariat :

### RENTE DE PARTENAIRE DE VIE

En cas de décès d'une personne assurée, d'un bénéficiaire d'une rente de vieillesse ou d'invalidité, le partenaire survivant (de sexe différent ou de même sexe) a droit à une rente de survivant pour autant que les conditions suivantes soient remplies (art. 36a, alinéa 1 à 3) :

- la personne assurée a communiqué par écrit à la caisse de pension, de son vivant et avant d'atteindre l'âge de la retraite, le nom du partenaire de vie éligible.
- le bénéficiaire a des enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de 25 ans, ou ait un ou plusieurs enfants à charge, ou il a atteint l'âge de 40 ans
- le bénéficiaire a manifestement vécu en ménage commun avec la personne décédée pendant au moins cinq ans immédiatement avant son décès (le domicile officiel commun est déterminant) ou a eu un ou plusieurs enfants communs qui remplissent les conditions d'octroi d'une rente d'orphelin
- le partenaire de vie bénéficiaire n'a pas droit à d'autres rentes de survivant (rente de veuve, de veuf, de partenaire) de l'institution de prévoyance professionnelle.
- la personne décédée et le partenaire de vie bénéficiaire ne sont pas célibataires pour des raisons juridiques au sens de l'art. 95 f CC. La seule exception est le cas des partenaires de même sexe
- la demande de rente de partenaire est introduite dans les trois mois suivant le décès

### CAPITAL-DÉCÈS

En cas de décès pendant la vie active (sans perception de rente), le capital décès correspond à la totalité de l'avoir accumulé moins la valeur en espèces des rentes de survivants, mais au moins au dernier salaire annuel assuré augmenté de la déduction de coordination.

En tant que personne assurée de la caisse de pension Hirslanden,

Nom / Prénom		Numéro personnel.:	
État civil			
Date de naissance			

dans le cadre du règlement de la caisse de pension Hirslanden, je désigne comme bénéficiaire en cas de décès la personne suivante avec laquelle je vis en partenariat

Nom / Prénom			
Adresse de domicile			
État civil			
Date de naissance			
Résidence commune depuis			
Enfants communs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

### DÉCLARATION

Par la présente déclaration de bénéficiaire, je révoque toutes les déclarations de bénéficiaire antérieures et reconnais que les circonstances personnelles au moment de la survenance de l'événement assuré sont déterminantes pour l'évaluation du droit aux prestations de décès.

Lieu/Date

Signature de l'assuré

.....

.....

# DÉCLARATION DE BÉNÉFICIAIRE CAPITAL-DÉCÈS

**Pour le bénéficiaire du partenaire de vie, veuillez remplir la déclaration du bénéficiaire.  
«Partenariat de vie».**

Selon le règlement de la caisse de pension Hirslanden (art. 39, alinéa 1 à 3), le capital décès est versé à l'un des groupes de personnes suivants : lettres a) à f) et dans l'ordre suivant :

- a) au conjoint survivant;
- b) en l'absence d'un conjoint survivant conformément à la lettre a
  - 1) aux personnes physiques qui ont été substantiellement soutenues par l'assuré (c'est-à-dire que l'assuré doit avoir assumé au moins 50 % des frais de subsistance), ou
  - 2) à la personne qui a vécu avec le défunt sans interruption pendant les cinq dernières années jusqu'au décès du défunt en ménage commun selon le droit civil (documenté officiellement), ou
  - 3) à la personne qui assume l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs;
- c) à défaut des personnes visées aux lettres a à b, aux enfants
- d) à défaut des personnes visées aux lettres a à b, aux parents
- e) à défaut des personnes visées aux lettres a à b, aux frères et soeurs
- f) à défaut des personnes visées aux lettres a à e, aux autres héritiers légaux, à l'exclusion des collectivités publiques

## EXPLICATIONS SUR LA LETTRE B) :

1) à 3) Les bénéficiaires au sens de l'alinéa 1, lettre b, doivent nous être notifiés par écrit. Si la déclaration écrite n'est pas faite de son vivant, la personne selon l'alinéa 1, lettre b, ne peut faire valoir son droit à un éventuel capital-décès.

## EXPLICATIONS SUR LES LETTRES D) ET E) :

La personne assurée peut modifier l'ordre des groupes de personnes selon l'alinéa 1 lettres d et e en le notifiant par écrit à la Caisse.

## EXPLICATIONS SUR LES LETTRES B) À F) :

La personne assurée peut, par notification écrite à la caisse, préciser pour chaque groupe de personnes selon l'alinéa 1 lettre b à lettre f à quelle(s) personne(s) le capital décès doit être versé et avec quels montants partiels.

Si aucune déclaration de bénéficiaire n'est remplie, le capital décès sera versé conformément à l'ordre réglementaire.

---

En tant que personne assurée de la caisse de pension Hirslanden,

Nom / Prénom		Numéro personnel:	
État civil			
Date de naissance			

dans le cadre des dispositions légales, je désigne par la présente en cas de décès les bénéficiaires et leurs droits comme suit:

**GROUPE DE PERSONNES SELON LA LETTRE B :**

- Personne bénéficiant d'un soutien important  
 Personne chargée de l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs

Nom / Prénom	
Adresse de domicile	
Date de naissance	

**GROUPES DE PERSONNES SELON LES LETTRES C) À F)**

L'ordre des bénéficiaires selon les lettres d et e peut être modifié (frères et soeurs au lieu des parents). Les quotas ne peuvent être distribués qu'au sein d'un groupe de bénéficiaires (par ex. la soeur Z reçoit 50 %, le frère X 25 % et la soeur Y 25 %). Les groupes de bénéficiaires ne peuvent pas être mélangés (par ex. la soeur Z et la mère reçoivent chacune 50 %).

Bénéficiaire:  Enfants, lettre c,  Parents, lettre d  Frères et soeurs, lettre e

Nom / Prénom	
Adresse de domicile	
Date de naissance	
Quote (en %)	

Bénéficiaire:  Enfants, lettre c,  Parents, lettre d  Frères et soeurs, lettre e

Nom / Prénom	
Adresse de domicile	
Date de naissance	
Quote (en %)	

Bénéficiaire:  Enfants, lettre c,  Parents, lettre d  Frères et soeurs, lettre e

Nom / Prénom	
Adresse de domicile	
Date de naissance	
Quote (en %)	

**DÉCLARATION**

Par la présente déclaration de bénéficiaire, je révoque toutes les déclarations de bénéficiaire antérieures et reconnais que les circonstances personnelles au moment de la survenance de l'événement assuré sont déterminantes pour l'évaluation du droit aux prestations de décès.

Lieu / date

Signature de la personne assurée

.....

.....