



MODIFICATION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE D'UNE POLICE 3^E PILIER B OU RENTE CERTAINE

Ce formulaire est destiné à recueillir les informations nécessaires pour la modification de la clause bénéficiaire d'une police de 3^e pilier B ou de Rente certaine des Rentes Genevoises. Il doit être complété et signé par le preneur d'assurance / contractant.

1. Indications sur le preneur d'assurance / le contractant

N° de police :

Nom et prénom :

Date de naissance : N° AVS :
(jj.mm.aaaa)

Etat civil : Depuis le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays : Téléphone :

Email :

2. Explications

Les bénéficiaires de la prévoyance libre (3^e pilier B ou Rente certaine) peuvent être choisis librement.

Le preneur a le droit de désigner un ou plusieurs tiers comme bénéficiaire(s) des prestations assurées. Il peut, en tout temps et librement, modifier ou révoquer cette désignation, à moins d'y avoir renoncé expressément par une déclaration écrite et signée dans la police même et d'avoir remis celle-ci au bénéficiaire.

La désignation des bénéficiaires, ainsi que toute modification, doivent être communiquées par écrit, en temps utile, à l'assureur. Dans le cas contraire, le paiement des sommes assurées au(x) dernier(s) bénéficiaire(s) connu(s) par l'assureur est libératoire pour ce dernier.

3. Définition des bénéficiaires

A mon décès, les personnes suivantes sont bénéficiaires, dans l'ordre :

1^{er-s} bénéficiaire-s :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :



Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

À défaut :

2^{ème}-s bénéficiaire-s :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

À défaut :

3^{ème}-s bénéficiaire-s :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :
(jj.mm.aaaa)

Part en % : Degré de parenté :

À défaut : le-s héritier-s légal-ux du preneur d'assurance / contractant

4. Signature

Lieu : Date :

Signature du preneur d'assurance / contractant :

Je souhaite être contacté-e par un-e conseiller-ère oui non

Nous vous remercions de nous retourner ce formulaire dûment daté et signé.