



## MODIFICATION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE D'UNE POLICE 3<sup>E</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> pilier B ou Rente certaine) peuvent être choisis librement.

Le preneur / le contractant 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 communiquée 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<sup>er(s)</sup> 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 : .....

**A défaut :**

**2<sup>e(s)</sup> 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 : .....

**A défaut :**

**3<sup>e(s)</sup> 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 : .....

**A défaut : le(s) héritier(s) légal(aux) 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.