

Déclaration de bénéficiaire pour le capital décès – Prévoyance de base valable à partir du 01.01.2026

Conformément à l'article 37 du règlement de prévoyance : droit à un **capital décès**

Le présent formulaire concerne **la prévoyance de base**.

Pour la désignation des bénéficiaires dans le cadre de la prévoyance des cadres, le formulaire « Déclaration de bénéficiaire pour le capital décès – Prévoyance des cadres » doit être rempli et soumis à la fondation (en complément).

De quoi s'agit-il ?

Avec ce formulaire, vous pouvez, sur la base du règlement de prévoyance de la Fondation collective Symova, désigner les bénéficiaires souhaités pour le **capital décès** ou attribuer des parts différentes aux bénéficiaires au sein d'un groupe d'ayants droit, conformément au règlement.

Informations concernant la personne assurée ou le/la bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse

Nom		Prénom	
Date de naissance		Nr. d'assurance sociale	
État civil		depuis	
Téléphone		E-Mail	

Quand ce formulaire est-il nécessaire ?

Ce formulaire doit être **rempli uniquement si vous**

- ☐ souhaitez modifier l'ordre des bénéficiaires prévu par le règlement conformément à l'article 37, ou
- ☐ souhaitez désigner des personnes conformément à l'**article 37, alinéa 3, lettre b** (voir ci-dessous).

Sans déclaration de bénéficiaire soumise, les **dispositions de l'article 37** du règlement de prévoyance s'appliquent automatiquement. **Un testament ne suffit pas** pour disposer du capital décès provenant de la prévoyance professionnelle. Les modifications de l'ordre des bénéficiaires ne sont **possibles** qu'avec ce formulaire.

Les personnes mariées ou vivant en partenariat enregistré ne peuvent **pas** soumettre ce formulaire.

Il **n'est pas** non plus nécessaire **de soumettre** ce formulaire si des personnes non mariées **avec des enfants** souhaitent répartir le capital **décès de manière égale entre** les bénéficiaires.

Veillez noter :

- Le formulaire **doit** être soumis de **son vivant, en original** et **signé** (avec une copie d'une pièce d'identité officielle).
- Toutes les parts indiquées au sein d'un groupe de bénéficiaires doivent totaliser **100 %**.
- Il **n'est pas possible de mélanger les différents groupe de bénéficiaires**.
- **Les modifications ou révocations** peuvent être effectuées à tout moment via **MySymova** ou par écrit, accompagnées d'une copie de la pièce d'identité.
- Ce formulaire concerne uniquement **les prestations en capital**. Pour une couverture sous forme de rente, le formulaire « Contrat de soutien » doit être soumis en complément.
- Vous trouverez des informations détaillées sur www.symova.ch.

→ Suite du formulaire à la page suivante.



Bénéficiaire(s)

Veuillez cocher le groupe d'ayants droit et remplir uniquement les informations pertinentes.

1. Groupe d'ayants droit conformément à l'article 37, alinéa 3, lettre b

- ☐ Personnes qui ont été soutenues de manière substantielle par moi-même.
- ☐ La personne avec laquelle j'ai vécu en communauté de vie pendant les cinq dernières années, partageant un domicile officiel commun.
- ☐ Personnes qui sont responsables de l'entretien des enfants communs.

Nom / Prénom	Date de naissance	Part en %	Coordonnées (e-mail)

2. Groupe d'ayants droit conformément à l'article 37, alinéa 3, lettre c – Enfants

- ☐ Les enfants **ne doivent pas être pris** en compte de manière égale (veuillez indiquer) :

Nom / Prénom	Date de naissance	Part en %	Coordonnées (e-mail)

3. Groupe d'ayants droit conformément à l'article 37, alinéa 3, lettre d – Parents / Frères et sœurs / Demi-frères et demi-sœurs

- ☐ Les parents, frères et sœurs ou demi-frères et demi-sœurs **ne doivent pas être pris** en compte de manière égale (veuillez indiquer) :

Nom / Prénom	Date de naissance	Part en %	Coordonnées (e-mail)

→ Suite du formulaire à la page suivante.

Remarques (par exemple, autres coordonnées des bénéficiaires)

Signature

Lieu et date

Signature de la personne assurée / du/de la bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse

--	--

Le/la signataire confirme l'exactitude et l'exhaustivité des informations fournies. De plus, il/elle confirme avoir pris connaissance des indications figurant sur ce formulaire.

Documents requis

- ☐ Copie de la pièce d'identité officielle de la personne assurée / du/de la bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse

Soumission du formulaire

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé, accompagné d'une copie de votre pièce d'identité officielle, par courrier à :

Fondation collective Symova
Beundenfeldstrasse 5
3013 Berne

Le formulaire doit être soumis de **son vivant**.

Procédure suivante

Dès réception et examen de ce formulaire, nous confirmerons la réception de votre demande.
L'évaluation définitive n'aura lieu qu'en cas de décès, sur la base des dispositions réglementaires en vigueur à ce moment-là.

→ Suite du formulaire à la page suivante.

Annexe à la déclaration de bénéficiaire :

Art. 37 Règlement de prévoyance : Capital décès

³ Sont ayants droit, indépendamment du droit successoral :

- a. le conjoint, à défaut
- b. les personnes physiques, pour autant que la personne assurée ait remis à la fondation, de son vivant, une déclaration écrite désignant ses bénéficiaires :
 - 1) les personnes qui ont été soutenues de manière significative par la personne assurée ; ou
 - 2) La personne qui a vécu sans interruption avec la personne assurée au cours des cinq dernières années précédant son décès et qui avait le même domicile officiel que lui ; ou
 - 3) les personnes qui doivent subvenir à l'entretien d'un ou plusieurs enfants communs ; à défaut
- c. les enfants, en l'absence desquels
- d. les parents, les frères et sœurs ou les demi-frères et demi-sœurs.

⁴ Une aide substantielle au sens l'al. 3 let. b ch. 1) est considérée comme existant lorsque la personne décédée, au moment de son décès, a couvert au moins 30 % des frais de subsistance de la personne soutenue au cours des deux dernières années. Aucun droit au capital décès n'existe pour les bénéficiaires visés à l'al. 3 let. b s'ils perçoivent une rente de conjoint ou de partenaire d'une autre institution de prévoyance.

⁵ Lorsqu'il existe des survivants ayants droit dans un groupe de bénéficiaires selon les lettres a – d, les groupes de bénéficiaires suivants sont exclus du droit au capital décès. Au sein du même groupe de bénéficiaires, le capital décès est réparti à parts égales entre les personnes éligibles. L'al. 6 demeure réservé.

⁶ Au sein des groupes de bénéficiaires mentionnés à l'al. 3, let. b, c et d, la personne assurée ou le bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse peut définir elle-même la répartition proportionnelle. Il est également possible de ne pas attribuer de part à certaines personnes, les excluant ainsi du droit à la prestation. L'annonce doit être envoyée à la fondation par écrit de son vivant, sur le formulaire prévu à cet effet.

⁷ La personne assurée ou le bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse peut à tout moment remplacer ou révoquer un ordre de bénéficiaires spécifique. Dans ce dernier cas, l'ordre général des bénéficiaires selon les al. 3 à 5 reprend effet. La personne assurée ou le bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse a également l'obligation d'adapter l'ordre de bénéficiaires spécifique aux changements de circonstances et de le tenir à jour.

⁸ La demande de prestations et la fourniture de preuves incombent au demandeur ou à la demandeuse. Si aucune preuve n'est fournie, la fondation est autorisée, après un délai de 6 mois suivant le décès de la personne assurée, à procéder au versement aux bénéficiaires qu'elle connaît.

Note : Il s'agit uniquement d'un extrait du règlement de prévoyance. Le règlement de prévoyance en vigueur au moment du décès de la personne assurée / du bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse est déterminant

→ Suite du formulaire à la page suivante.

Informations complémentaires sur la déclaration de bénéficiaire

Qu'est-ce qu'un ordre des bénéficiaires / ordre en cascade ?

Les bénéficiaires sont pris en compte dans un ordre légal et réglementaire préétabli ("cascade"). Cela signifie que : Si des bénéficiaires existent dans le premier groupe (par exemple, le conjoint), cette personne recevra exclusivement la prestation. Ce n'est que si aucun conjoint n'est présent que le groupe suivant (par exemple, la personne soutenue de manière significative par la personne assurée ou le/la bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse, ou les personnes ayant vécu en communauté de vie avec la personne assurée ou le/la bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou de vieillesse pendant les cinq dernières années avant le décès) pourra prétendre à la prestation. Si aucune personne de ce groupe n'est présente ou si personne n'a été désignée activement par déclaration de bénéficiaire, le groupe suivant, à savoir les enfants (lit. c), aura droit au capital décès. Enfin, si aucune personne dans ce groupe n'est présente, le dernier groupe de bénéficiaires (lit. d), à savoir les parents, frères et sœurs ou demi-frères et demi-sœurs, pourra prétendre à la prestation. Il n'est pas possible de mélanger les groupes.

Pour quel groupe de bénéficiaires / quelle cascade faut-il remplir une déclaration de bénéficiaire et pour quel groupe de bénéficiaires / quelle cascade n'est-ce pas nécessaire ?

Si vous souhaitez désigner comme bénéficiaire une personne appartenant au groupe de bénéficiaires mentionné à la lettre b, vous devez impérativement remplir une déclaration de bénéficiaire. Veuillez noter qu'en désignant comme bénéficiaire une personne appartenant au groupe de bénéficiaires mentionné à la lettre b, vous excluez les personnes suivantes (enfants, parents, frères et sœurs et demi-frères et demi-sœurs) du droit au capital-décès.

Le droit du conjoint ainsi que des enfants, parents, frères et sœurs et demi-frères et demi-sœurs découle directement du règlement de prévoyance.

Une déclaration de bénéficiaire n'est pas nécessaire, sauf si vous souhaitez une répartition proportionnelle différente de la répartition à parts égales dans les groupes de bénéficiaires mentionnés aux lettres c et d.