

## Désignation du bénéficiaire

N° de contrat \_\_\_\_\_

N° de catégorie \_\_\_\_\_

### Données de la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Etat civil \_\_\_\_\_

N° AVS 756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Lieu d'origine \_\_\_\_\_

### Données relatives à la personne à favoriser

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Etat civil \_\_\_\_\_

N° AVS 756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Lieu d'origine \_\_\_\_\_

Communauté de vie ininterrompue depuis \_\_\_\_\_

Les éventuels enfants communs

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Le motif de la présente désignation du bénéficiaire est de sauvegarder d'éventuels droits de survivants en faveur du/de la partenaire survivant(e) d'une personne ayant droit à la prévoyance ou à une rente conformément au règlement de prévoyance de la Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband. Les soussignés confirment l'existence d'une communauté de vie conformément à l'art. 8.4 (rente de partenaire) est à l'art. 8.8 (capital décès) du règlement de prévoyance. Les dispositions légales et réglementaires en vigueur au moment du décès de la personne assurée sont déterminantes pour d'éventuelles prestations à la personne bénéficiaire. Les dispositions correspondantes peuvent être modifiées à tout moment et sont expressément réservées. Avant le versement d'une éventuelle rente de partenaire et/ou d'un capital décès, les conditions d'octroi sont à nouveau examinées séparément. La preuve que les conditions d'octroi sont remplies incombe à l'ayant droit. La personne assurée s'engage à informer immédiatement la Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband de toute modification de sa situation personnelle (notamment en cas de mariage ou de dissolution de la communauté de vie).

#### Signature

Personne assurée

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature

Conjoint(e)

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature

**Veillez envoyer la désignation du bénéficiaire dûment rempli et signé à :**

Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband, Löwenstrasse 25, case postale 2424, 8021 Zurich