

**Demande de transfert/modification dans l'assurance décès réservée aux retraités de la Caisse de Pensions du CERN**

*Le transfert doit intervenir le lendemain après l'extinction de l'assurance décès du groupe des actifs.  
La demande doit être remise à la Caisse de Pensions 60 jours au moins avant la date de l'opération.*

**Personne assurée**

Nom .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....  
Adresse .....  
.....  
.....  
.....

**Base de l'assurance**

Date du transfert/modification .....  
(1er jour d'un mois)  
Montant du capital assuré **CHF** .....

**Clause bénéficiaire**

Merci de bien vouloir cocher l'option de votre choix :

- 6.1 En cas de décès, le capital est versé au conjoint même séparé, ou à la personne liée par partenariat au sens du Règlement du Personnel du CERN à défaut aux enfants, à défaut aux père et mère, à défaut aux autres héritiers légaux.
- 6.2 en dérogation à l'article 6.1 ci-dessus, la personne assurée peut désigner une ou plusieurs personnes de son choix comme bénéficiaire(s), soit lors de la souscription de l'assurance, soit ultérieurement par notification écrite à la Caisse de Pensions pendant la période de validité de son assurance.  
Le bénéficiaire doit être clairement identifié (nom, prénom, date de naissance, adresse) : **remplir au verso**

***Au cas où la clause bénéficiaire est formulée de façon imprécise, ambiguë ou au cas où il ne reste plus aucun bénéficiaire désigné, l'assureur devra appliquer l'article 6.1 ci-dessus.***

Le CERN et la Caisse de Pensions déclinent toute responsabilité concernant les déclarations remplies par la personne.

Lieu et date ..... Signature de la personne assurée ..... Caisse de Pensions du CERN .....

**Si vous avez choisi l'option 6.2, merci de bien vouloir remplir, en lettres capitales, les coordonnées du/des bénéficiaire(s) :**

**1) Nom** .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....  
Adresse .....  
.....  
.....  
Téléphone .....  
Adresse e-mail .....

**2) Nom** .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....  
Adresse .....  
.....  
.....  
Téléphone .....  
Adresse e-mail .....

**3) Nom** .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....  
Adresse .....  
.....  
.....  
Téléphone .....  
Adresse e-mail .....

**4) Nom** .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....  
Adresse .....  
.....  
.....  
Téléphone .....  
Adresse e-mail .....

**IMPORTANT : NOUS NOTIFIER TOUT CHANGEMENT CONCERNANT LE(S) BENEFICIAIRE(S)**