

Clause bénéficiaire

pour l'assurance pour décès ou invalidité par accident

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. La Serviceline de la CSS 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.

Numéro client

1 Données personnelles

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

Date de naissance

2 Attribution au bénéficiaire

En cas de décès, je demande que la somme assurée soit versée à:

Je peux en tout temps annuler cette clause bénéficiaire et prendre d'autres dispositions.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée