AXA Fondation
Prévoyance complémentaire

Reset

Ordre individuel des bénéficiaires

Contrat n°* ...../.....

Personne assurée

Nom*	Prénom*	Numéro d'assuré*
		756.
Rue, NPA et localité*		**Date de naissance***
État civil*	**Adresse e-mail privée**	**N° de téléphone**

Capital-décès L'ordre individuel des bénéficiaires règle le droit au capital-décès assuré conformément au plan de prévoyance et au certificat de la caisse de pension.

Déclaration J'ai pris connaissance du «Mémento Ordre des bénéficiaires» et des dispositions d'AXA relatives à la protection des données. Au cas où je viendrais à décéder, je désigne comme bénéficiaires les personnes suivantes dans la mesure indiquée ci-après (y c. l'adresse des personnes bénéficiaires à partir de la page 2):

Bénéficiaires

Désignation individuelle des bénéficiaires Groupe selon règlement	Droit Part du capital*	Nom, prénom*	Date de naissance*
a) Conjoint-e ou partenaire enregistré-e	..... %		
b/d) Enfants (enfants pouvant prétendre ou non à une rente)	..... %		
	..... %		
	..... %		
	..... %		
	..... %		
c) – Partenaire, en l'absence de conjoint-e ou de partenaire enregistré-e	..... %		
– Personnes à charge	..... %		
	..... %		
– Personnes devant subvenir à l'entretien d'un ou de plusieurs enfants communs	..... %		
	..... %		
e) Parents	..... %		
	..... %		
f) Frères et sœurs et demi-frères/demi-soeurs	..... %		
	..... %		
	..... %		
	..... %		
	..... %		
	..... %		
g) Autres héritiers légaux	Pas de possibilité de choix		
Total	0.0000 %	Le total doit est égal à 100%!	

Remarques

L1317.002-08.26

* données obligatoires

Ordre individuel des bénéficiaires **Contrat n°*** ..... / .....

Personne assurée

Nom* | Prénom* | Numéro d'assuré-e*

756.

Bénéficiaires

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

Nom* | Prénom*

Rue, NPA et localité*

Pays* | Adresse e-mail privée | N° de téléphone

* données obligatoires

Ordre individuel des bénéficiaires **Contrat n°*** ..... / .....

Personne assurée

Nom*	Prénom*	Numéro d'assuré-e*
		756.

Bénéficiaires

Nom*		Prénom*
Rue, NPA et localité*		
Pays*	Adresse e-mail privée	N° de téléphone
Nom*		Prénom*
Rue, NPA et localité*		
Pays*	Adresse e-mail privée	N° de téléphone
Nom*		Prénom*
Rue, NPA et localité*		
Pays*	Adresse e-mail privée	N° de téléphone
Nom*		Prénom*
Rue, NPA et localité*		
Pays*	Adresse e-mail privée	N° de téléphone
Nom*		Prénom*
Rue, NPA et localité*		
Pays*	Adresse e-mail privée	N° de téléphone
Nom*		Prénom*
Rue, NPA et localité*		
Pays*	Adresse e-mail privée	N° de téléphone

Déclaration

J'ai pris connaissance du «Mémento Ordre des bénéficiaires». Par la présente déclaration, je révoque tous les ordres individuels des bénéficiaires transmis précédemment pour le contrat susmentionné.

Je prends acte du fait que la validité de cet ordre individuel des bénéficiaires n'est pas déterminée par la situation actuelle ni par les dispositions légales et réglementaires actuelles, mais par celles en vigueur au moment du décès.

Signature

Date*	Signature de la personne assurée*

À retourner à

AXA Vie SA
Case postale 300
8401 Wintertur

L1317.002-08.26

* données obligatoires