

FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Souscripteur : | |
(Employeur)

No de Police : | |

Nom (Adhérent) : | |

Prénom (Adhérent) : | |

ID (Adhérent) : | |

NIF

No de Passeport

CIN

JJ - MM - AAAA

Code de l'adhérent : |

Date effective :

CHANGEMENT DE BENEFICIAIRES

**Veuillez reporter dans le tableau ci-dessous la liste definitive de vos beneficiaires. N'oubliez pas d'inclure le pourcentage que recevra chacun de vos bénéficiaires en considerant que la somme totale devra être egale a 100%.*

Bénéficiaires Principaux :

Nom et Prénom	Date de Naissance	Adresse	Téléphone	Lien de parenté	%
	JJ - MM - AAAA				
	JJ - MM - AAAA				
	JJ - MM - AAAA				
	JJ - MM - AAAA				

Bénéficiaires contingents :

La Somme doit être égale à 100%

TOTAL

Nom et Prénom	Date de Naissance	Adresse	Téléphone	Lien de parenté	%
	JJ - MM - AAAA				

La Somme doit être égale à 100%

TOTAL

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare de manière formelle et irrévocable que je suis pleinement conscient(e) des conséquences de ma décision de modifier des bénéficiaires de la police susmentionnée. Je reconnais que cette nouvelle liste de bénéficiaires annule et remplace intégralement toute liste antérieure établie sur ladite police. Je comprends que cette action entraîne un changement légal et définitif des droits de cession des bénéficiaires désignés.

Je reconnais que la modification des bénéficiaires est considérée comme étant entrée en vigueur de manière immédiate et contraignante à la date effective susmentionnée, dès réception par la compagnie d'assurance de la présente, conformément aux dispositions de la police d'assurance vie en question.

Fait à :

Le :

JJ - MM - AAAA

Signature de l'Adhérent

Signature du Souscripteur