

Déclaration relative à la répartition du capital décès

La personne soussignée désire que le capital décès payable lors de son décès soit remis à ses survivants dans l'ordre de priorité suivant en désignant les montants spécifiques suivants des parts qui leur reviendront:

1^{ère} personne

Nom / Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ NPA / Lieu _____
Quote-part en % _____

2^o personne

Nom / Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ NPA / Lieu _____
Quote-part en % _____

3^o personne

Nom / Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ NPA / Lieu _____
Quote-part en % _____

4^o personne

Nom / Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ NPA / Lieu _____
Quote-part en % _____

Mes données personnelles

Nom / Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____ NPA / Lieu _____

Seuls les assurés non mariés doivent remplir le présent formulaire. Il est recommandé d'indiquer les montants revenant aux bénéficiaires individuels en pour cent (%).

Lieu / Date _____ Signature _____