

CLAUSE BENEFICIAIRE (capital décès)

PERSONNE ASSUREE :

Nom : Prénom :
 Matricule : Date de naissance :
 No AVS : Etat civil :
 Téléphone fixe : Téléphone mobile :
 Adresse e-mail :

LES ENFANTS OU PERSONNES A CHARGE :

Bénéficiaire	Répartition	Nom	Prénom	Né/e le	Adresse
Enfant/s	%				
	%				
	%				
Bénéficiaire	Répartition	Nom	Prénom	Né/e le	Adresse
Personne/s à charge	%				
	%				
	%				

A défaut :

Père / Mère / Frère / Sœur

Bénéficiaire	Répartition	Nom	Prénom	Né/e le	Adresse
Père Mère	%				
	%				
Frère/s Sœur/s	%				
	%				

DÉCLARATION

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé.
 Il/elle déclare avoir pris connaissance des dispositions réglementaires relatives au capital décès et en accepter expressément les conditions, notamment le fait qu'il/elle ne peut pas modifier l'ordre des catégories réglementaires.
 La FPTPG peut réduire ou refuser des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité.

Lieu et date :

Signature de l'assuré(e) :