

VERSEMENT DE PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nationalité 1 : Nationalité 2 :

Adresse :

Code postal / Ville / Pays :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Adresse e-mail :

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Suisse

IBAN

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--

Etranger

IBAN

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--

BIC / SWIFT

☐ Compte en francs suisses (CHF) ☐ Compte en euros (€uros)

Lieu et date :

Signature de l'assuré(e) :