



Ordre individuel des bénéficiaires

Contrat n°* /

Personne assurée	Nom*	Prénom*	Numéro d'assuré*
	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, avant la retraite complète.

Déclaration J'ai pris connaissance du mémento «Ordre individuel des bénéficiaires» et des dispositions d'AXA relatives à la protection des données. Au cas où je viendrais à décéder avant mon départ à la retraite, je désigne comme bénéficiaires les personnes suivantes dans la mesure indiquée ci-après:

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		.....%	.....	.....
	%
	%
	%
	%
g) Autres héritiers légaux	Pas de possibilité de choix			
Total	%		

Remarques

* données obligatoires

Ordre individuel des bénéficiaires

Contrat n°* /

Personne assurée	Nom*	Prénom*	Numéro d'assuré-e*
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

L1317.002-11.24 STF 4. B

* données obligatoires

Ordre individuel des bénéficiaires

Contrat n°* /

Personne assurée	Nom*	Prénom*	Numéro d'assuré-e*
-------------------------	------	---------	--------------------

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 memento «Ordre individuel des bénéficiaires». Par la présente déclaration, je révoque tous les ordres individuels des bénéficiaires transmis précédemment. 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

* données obligatoires