

Déclaration de bénéficiaire pour l'assurance en cas de décès ou d'invalidité due à un accident ou à une maladie

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son / sa représentant/e légal/e. Il doit être répondu de façon complète à toutes les questions pertinentes et le formulaire signé doit être envoyé à Visana.

Données personnelles

N° d'assuré

Nom / Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Date de naissance

Je nomme comme bénéficiaire pour l'assurance sous forme de capital en cas de décès dû à un accident

Je nomme comme bénéficiaire pour l'assurance sous forme de capital en cas de décès et d'invalidité due à la maladie
(déclaration possible uniquement pour les prestations de capital en cas de décès)

Bénéficiaires

Je statue que, dans le cas où je décède, la somme en cas de décès assurée revient à la personne suivante / aux personnes suivantes:

Nom / Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Date de naissance

Part en % par personne bénéficiaire

Nom / Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Date de naissance

Part en % par personne bénéficiaire

Nom / Prénom

Rue / N°

NPA / Localité

Date de naissance

Part en % par personne bénéficiaire

La présente déclaration de bénéficiaire est valable à partir de la date de cette déclaration. Elle vaut jusqu'à révocation écrite, aussi après le décès, la déclaration d'absence et la perte de la capacité juridique de la personne assurée.

Si aucune personne n'est indiquée comme bénéficiaire au moyen du présent formulaire, la réglementation suivante relative aux bénéficiaires selon les CGA s'applique:

- époux/se / partenaire enregistré/e, à défaut de ceux-ci
- les enfants, à défaut de ceux-ci
- les parents, à défaut de ceux-ci
- les autres héritiers légaux, à l'exception de la collectivité publique.

Lieu / Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal / de sa représentante légale

Envoyer le formulaire à:

Visana Services AG
Weltpoststrasse 19
Postfach
3000 Berne 16