



CSS

Assurance

Clause bénéficiaire

pour l'assurance pour décès ou invalidité par accident ou maladie

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes. Le formulaire doit être signé et envoyé à l'adresse indiquée à la fin du document dans les plus brefs délais. En cas de questions, veuillez contacter le Contact Center au 0844 277 277. Merci.

Numéro de client

pour accident

pour maladie

pour accident et maladie

1 Indications sur la personne

Prénom

Nom

Rue, numéro

NPA/localité

Date de naissance

2 Clause bénéficiaire

En cas de décès, je demande que la somme assurée soit versée à :

Veuillez indiquer l'adresse, la date de naissance et le pourcentage pour chaque bénéficiaire.

En révoquant cette clause, j'ai en tout temps la possibilité d'exclure des bénéficiaires ou d'en désigner d'autres.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée

Si aucune personne n'est désignée comme bénéficiaire dans le présent formulaire, selon les CGA, l'ordre des bénéficiaires suivant s'applique:

1. Époux/partenaire enregistré
2. En l'absence de celui-ci, les enfants
3. En l'absence de ceux-ci, les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité publique.

Envoyer à:
CSS Assurance
Centre de compétence Ass. spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne

Entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA) : CSS Assurance SA