

Formulaire de bénéficiaire

Concernant le numéro de Certificat

Attribution bénéficiaire

Attribution bénéficiaire standard

Tant en cas de vie qu'en cas de décès, versement au preneur d'assurance ou, au décès de ce dernier, à ses héritiers légaux en parts égales.

Attribution bénéficiaire spécifique

Indiquez ci-dessous le(s) nom(s) du(des) bénéficiaire(s). Sélectionnez ensuite l'une des trois options suivantes, tant en cas de vie (à gauche) qu'en cas de décès (à droite) de l'assuré:

- en part égales: cochez la case "en parts égales" en regard du nom de la personne que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire.
- en part inégales: cochez la case "en parts inégales" en regard du nom de la personne que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire. Encodrez également le pourcentage sous la case "Part".
- par ordre: cochez la case "par ordre" en regard du nom de la personne que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire. Encodrez le numéro d'ordre sous la case "Position".

En cas de vie de l'assuré			En cas de décès de l'assuré		
en parts égales	en parts inégales	par ordre	Attention: l'assuré ne peut jamais être le bénéficiaire en cas de décès.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Part	Position	Adresse: <input type="text"/> N°: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bte: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/> Localité: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tél.: <input type="text"/> GSM: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date de naissance: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Part	Position	Adresse: <input type="text"/> N°: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bte: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/> Localité: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tél.: <input type="text"/> GSM: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date de naissance: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Part	Position	Adresse: <input type="text"/> N°: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bte: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/> Localité: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tél.: <input type="text"/> GSM: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date de naissance: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Part	Position	Adresse: <input type="text"/> N°: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bte: <input type="text"/> Code postal: <input type="text"/> Localité: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tél.: <input type="text"/> GSM: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date de naissance: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


[voir au verso](#)

En cas de vie de l'assuré			En cas de décès de l'assuré					
en parts égales	en parts inégales	par ordre	Attention: l'assuré ne peut jamais être le bénéficiaire en cas de décès.			en parts égales	en parts inégales	par ordre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ GSM: _____ Date de naissance: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ GSM: _____ Date de naissance: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ GSM: _____ Date de naissance: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ GSM: _____ Date de naissance: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position

100 %

100 %

Souscription

Lieu: _____	Date: / /
Signature du preneur d'assurance: 	

Veuillez renvoyer ce formulaire signé à **Moneymaxx - c/o LYDIAN lawyers - Avenue du Port 86c b113 - 1000 Bruxelles.**
 Vous avez d'autres questions? Appelez-nous au numéro de téléphone gratuit **0800/99.123.**