

Déclaration de bénéficiaire

pour l'assurance en cas de décès ou d'invalidité
dus 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/e Visana	
Nom/prénom	
Rue/N°	NPA/Localité
Date de naissance	
<input type="radio"/> Je nomme comme bénéficiaire pour l'assurance sous forme de capital en cas de décès dû à un accident	
<input type="radio"/> Je nomme comme bénéficiaire pour l'assurance sous forme de capital en cas de décès et d'invalidité dus 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 déclaration de bénéficiaire suivante 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