

Formulaire de bénéficiaire

Le numéro de Certificat concerné: L. _____

Preneur d'assurance

Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance: _____ H F
 Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____
 Code postal: _____ Localité: _____
 Tél.: _____ GSM: _____
 E-mail: _____

Bénéficiaires

Le preneur d'assurance déclare par la présente modifier la désignation actuelle des bénéficiaires relative au numéro de certificat sus-mentionné et désigner en conséquence les nouveaux bénéficiaires comme suit:

Désignation standard

1. Le preneur d'assurance
2. Les héritiers du preneur d'assurance


Désignation particulière

Complétez ci-dessous les noms du/des bénéficiaire(s). Vous inscrivez plusieurs personnes au 1^{er}, 2^e ou 3^e rang de bénéficiaires? N'oubliez pas d'indiquer la répartition. Par exemple: à parts égales ou une autre répartition.

	Nom	Prénom	Date de naissance	H	F
1 ^e bénéficiaire(s)	_____	_____	_____	H	F
	_____	_____	_____	H	F
	_____	_____	_____	H	F
2 ^e bénéficiaire(s)	_____	_____	_____	H	F
	_____	_____	_____	H	F
	_____	_____	_____	H	F
3 ^e bénéficiaire	_____	_____	_____	H	F
4 ^e bénéficiaire	les héritiers du preneur d'assurance				

Signature

Lieu: _____ Date: _____

Signature du preneur d'assurance: 

Veuillez renvoyer ce formulaire signé à: moneymaxx@aegon.nl.

Peut également être envoyé par courrier à: MoneyMaxx, Postbus 23015, 8900 MZ Leeuwarden, Pays Bas.