

DESIGNATION DE BENEFICIAIRES

Je soussigné (e) _____, membre no. _____ déclare par la présente qu'au cas où je viendrais à décéder, les sommes qui me resteraient dues par La Mutuelle, après déduction de mes dettes éventuelles envers elle, devraient être versées à :

Nom et Prénom	Date de naissance	Adresse	Numéro de téléphone / Adresse e mail	% part
_____ _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____
_____ _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____
_____ _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____
_____ _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____

Je révoque ainsi toutes et chacune des déclarations de bénéficiaires que j'ai faites antérieurement et prends note qu'une désignation de bénéficiaire non dûment complétée et signée de ma part sera considérée comme nulle et non avenue.

Si l'un des bénéficiaires décède avant moi, sa part devra être répartie entre les bénéficiaires survivants, proportionnellement aux pourcentages indiqués en ce qui les concerne. Si aucun des bénéficiaires ne me survit, la totalité du montant devra être versée à ma succession.

La désignation de bénéficiaires restera valable tant que La Mutuelle n'aura pas reçu de révocation écrite de ma part.

J'ai pris bonne note que l'exécution des ordres ci-dessus libérera La Mutuelle de toute responsabilité quant aux sommes ainsi versées étant entendu que des tiers pourraient, au regard des sommes concernées, avoir des droits contre les bénéficiaires, notamment en vertu du droit successoral applicable.

Lieu et date : _____

Signature : _____