

Modifications de l'ordre des bénéficiaires pour le capital décès de l'assurance complémentaire LAA

Données personnelles de la personne assurée	Prénom nom	_____
	État civil	_____
	Date de naissance	_____

Remarque

Le présent formulaire permet de définir individuellement le cercle de bénéficiaires prédéfini selon les chiffres 20.1 et 20.3 des conditions générales d'assurance (CGA, édition 2023) de l'assurance complémentaire LAA aux conditions suivantes :

- Le choix des bénéficiaires doit être consigné par écrit par la personne assurée au moyen de ce formulaire auprès de l'employeur ;
- Le formulaire doit être pourvu d'une signature manuscrite ou électronique qualifiée ;
- La personne assurée correspond à un groupe de personnes ayant opté pour l'assurance « Libre choix du bénéficiaire » selon la police ;
- S'il existe plusieurs formulaires, le formulaire le plus récent est valable ;
- Si plusieurs personnes sont bénéficiaires et que les parts du capital n'atteignent pas 100 %, elles sont versées au prorata ;
- Délai d'envoi : Si aucune déclaration écrite n'est transmise à Helsana dans les trois mois suivant le décès de la personne assurée, le versement est effectué conformément aux conditions générales d'assurance (CGA, édition 2023) de l'assurance complémentaire LAA ;
- En cas de prestation, veuillez joindre ce formulaire à la déclaration d'accident électronique.

D'autres conditions juridiquement contraignantes figurent dans les conditions générales d'assurance (CGA, édition 2023) de l'assurance complémentaire LAA, ainsi que dans la police.

Explication

En cas de décès, je souhaite que les ayants droit mentionnés ci-après touchent mon capital-décès comme suit :

Personne	Prénom et nom	Date de naissance	Adresse	Quota in %
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Par ma signature, je confirme avoir lu le formulaire « Modification de l'ordre des bénéficiaires pour le capital-décès » et les conditions générales d'assurance (CGA, édition 2023) de l'assurance complémentaire LAA avec le chapitre « Décès » et que toutes les informations sont exhaustives et véridiques.

J'ai conscience que ce document remplace tous les formulaires envoyés précédemment.

Lieu et date

Signature de la personne assurée
ou de son représentant légal/sa représentante légale