

Modification des bénéficiaires PREVEA Capital décès

Données personnelles de la personne assurée	Nom, prénom
	Date de naissance
	Numéro d'assuré
	Etat civil

Concerne le capital assuré avec (veuillez cocher la bonne réponse) :

PREVEA Accident PREVEA Maladie

Déclaration En cas de décès, je désigne les ayants droit suivants (PREVEA maladie – cf. explications CA art. 20/PREVEA Accident – cf. explications CA art. 16) selon la répartition suivante.

Personne 1	Nom, prénom
	Rue, n°
	NPA, localité
	Date de naissance
	Etat civil
	Relation avec la personne assurée
	Part du capital décès en %

Personne 2	Nom, prénom
	Rue, n°
	NPA, localité
	Date de naissance
	Etat civil
	Relation avec la personne assurée
	Part du capital décès en %

Remarques La présente déclaration révoque toutes les déclarations antérieures de modification des bénéficiaires qui ont été remises à Helsana.
Je remets la présente déclaration à Helsana Assurances SA et m'engage à lui faire part immédiatement de tout changement des conditions qui y sont décrites.
Je prends connaissance du fait que les dispositions légales et réglementaires applicables au moment de mon décès seront déterminantes pour la validité de la présente déclaration.

Note Si une favorisation des mineurs est modifiée, elle doit toujours être signée par les deux parents.

Lieu et date

Signature de la personne assurée/de son représentant légal

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé à l'adresse ci-dessous.

