

Clause bénéficiaire

Informations relatives à la personne assurée

Employeur

Numéro de portefeuille

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA / localité

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres)

756.

E-mail

Bénéficiaire

La personne assurée soussignée désigne la / les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) au sens du règlement cadre.

1^{re} personne

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA / localité

Date de naissance

Ayant droit

%

Lien avec la personne assurée

2^e personne

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA / localité

Date de naissance

Ayant droit

%

Lien avec la personne assurée

3^e personne

Nom

Prénom

Rue, n°

NPA / localité

Date de naissance

Ayant droit

%

Lien avec la personne assurée

Remarques

La personne assurée peut à tout moment modifier par écrit la clause bénéficiaire. Les conditions réglementaires sont examinées au moment du décès de la personne assurée.

Signature

Lieu, date

Signature de la personne assurée

Confirmation

La réception de la clause bénéficiaire est confirmée au nom de la Katharinen Pensionskasse II par:

Lieu, date

Signature Katharinen Pensionskasse II

Veuillez envoyer le formulaire rempli à l'adresse suivante: **Allvisa Services AG, Karina Togni, Case postale, 8027 Zurich**