



LE CAPITAL DECES INVALIDITE

A remplir uniquement dans le cas où les bénéficiaires ne sont pas les héritiers légaux et pour tout changement

Titulaire du contrat

Centre de secours :
Nom Naissance : Marital :
Prénom :
Date de naissance
Adresse :
Tél. :

Bénéficiaire en cas de décès

Nom, Prénom	Date de naissance	Adresse	Part (%)

Fait à , le

Signature du titulaire

(précédée de la mention « Certifié exact »)