

# Clause bénéficiaire

## pour l'assurance pour décès ou invalidité par accident ou maladie

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Sur [css.ch/capital](http://css.ch/capital), vous trouverez toutes les informations sur le produit ainsi que le formulaire nécessaire. Nous vous prions de compléter le formulaire et de nous le faire parvenir dans les meilleurs délais à l'adresse indiquée à la dernière page du formulaire en question. Nous vous remercions de votre coopération.

Avez-vous des questions? Notre Contact Center 0844 277 277 se fera un plaisir de vous répondre.

Numéro de client

 pour accident

 pour maladie

 pour accident et maladie

### 1 Indications sur la personne

Prénom

Nom

Rue, numéro

NPA/localité

Date de naissance

### 2 Clause bénéficiaire

En cas de décès, je demande que la somme assurée soit versée à :

Veuillez indiquer l'adresse, la date de naissance et le pourcentage pour chaque bénéficiaire.

En révoquant cette clause, j'ai en tout temps la possibilité d'exclure des bénéficiaires ou d'en désigner d'autres.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée

Si aucune personne n'est désignée comme bénéficiaire dans le présent formulaire, selon les CGA, l'ordre des bénéficiaires suivant s'applique:

1. Époux/partenaire enregistré
2. En l'absence de celui-ci, les enfants
3. En l'absence de ceux-ci, les autres héritiers légaux, à l'exclusion de la collectivité publique.

Envoyer à:

CSS Assurance SA  
Centre de compétence Ass. spéciales  
Case postale 2568  
6002 Lucerne

Entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA