

# Déclaration de modification de l'ordre des bénéficiaires – VIAC Life "Plus"

---

*La forme masculine inclut le féminin, le singulier ainsi que le pluriel. Veuillez cocher les cases correspondantes et compléter le formulaire. Tous les champs sont obligatoirement à remplir. Les ratures et l'usage de correcteurs liquides sont interdits.*

La personne assurée soussigné annonce la modification suivante de l'ordre des bénéficiaires de la couverture VIAC Life "Plus" s'il décède:

## Coordonnées

Madame  Monsieur

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_

Téléphone 1 \_\_\_\_\_

Téléphone 2 \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Nationalité(s) \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_

*À remplir par VIAC Services AG:*

Numéro de client: \_\_\_\_\_

Visum: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Bénéficiaires

Les bénéficiaires peuvent être choisis librement. Plusieurs personnes **physiques** ou **juridiques** peuvent être bénéficiaires. Les parts doivent être de **100%**.

Part en %	Prénom / Nom	Adresse / Lieu d'origine* / Nr. mobile	Date de naissance
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____
_____	_____	_____ _____	_____

\*Pour les personnes étrangères, veuillez également indiquer le pays d'origine.

### **Prédécès d'un bénéficiaires**

La personne assurée reconnaît que les parts des personnes prédécédées sont dues aux autres bénéficiaires au prorata de leur part. Ce n'est que s'il n'y a plus de bénéficiaires selon cet ordre individuel des bénéficiaires que l'ordre des bénéficiaires selon les conditions de VIAC Life "Plus" s'applique.

### **Modifications**

La personne assurée peut modifier l'ordre des bénéficiaires à tout moment en soumettant un nouveau formulaire "Déclaration de modification de l'ordre des bénéficiaires" ou révoquer un ordre individuel des bénéficiaires existant en envoyant une communication écrite à VIAC Services SA.

Par sa signature, l'assuré confirme qu'il a pris connaissance et qu'il accepte les conditions de VIAC Life "Plus".

---

Date

---

Signature de l'assuré

Envoyer à: VIAC Services AG, Innere Margarethenstrasse 2, 4051 Bâle.