

Le formulaire bénéficiaires

Numéro de police Assurance Obsèques Hooghenraed

preneur d'assurance

prénom

nom

adresse

code postale et localité

adresse e-mail

téléphone

GSM

Indiquez le(s) bénéficiaire(s) du capital / solde éventuel dans ce formulaire. Complétez le formulaire en lettres CAPITALES afin que toutes les données soient bien lisibles. Veuillez préciser les coordonnées complètes des bénéficiaires désignés, c'est-à-dire leur sexe (H/F), prénom, nom et date de naissance. Nous avons besoin de ces données pour traiter votre demande.

Le preneur d'assurance soussigné déclare expressément désigner comme bénéficiaires la personne / les personnes dans la rubrique ci-dessous selon le rang indiqué. En cas de décès de la personne 1, le solde ira à la personne 2 etc.:

Polices souscrites avant le 01/10/2015

Paiement du **solde** éventuel du capital décès à :

| | H | F | prénom (en entier) | nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille) | date de naissance (jour/mois/année) |
|----|--------------------------|--------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Polices souscrites après le 01/10/2015

Si vous souhaitez que nous payons directement les factures de l'entrepreneur de pompes funèbres, vous pouvez cocher la case ci-dessous "paiement des factures à l'entrepreneur de pompes funèbres" :

paiement des factures à l'entrepreneur de pompes funèbres

Paiement du **solde** éventuel du capital décès à :

| | H | F | prénom (en entier) | nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille) | date de naissance (jour/mois/année) |
|----|--------------------------|--------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Paiement du **solde** éventuel du capital assistance: au(x) même(s) bénéficiaire(s) que celui (ceux) indiqué(s) ci-dessus pour le solde éventuel du capital décès.

Par la présente, j'accepte de recevoir certaines informations légales, précontractuelles et contractuelles, si possible, non pas sur papier, mais par voie électronique ou de les consulter sur le site web www.dela.be.

DELA peut utiliser mes données personnelles pour me procurer des informations et conseils intéressants relatifs à ses produits et services.

- -
date

prénom, nom et signature du **preneur d'assurance**, à faire précéder de la mention "lu et approuvé"