

Déclaration d'acceptation bénéficiaire(s)

Bénéficiaire(s)

Indiquez ci-dessous le(s) nom(s) du (des) bénéficiaire(s). Sélectionnez ensuite l'une des trois options suivantes, tant en cas de vie (à gauche) qu'en cas de décès (à droite) de l'assuré:

- En parts égales cochez la case "en parts égales" en regard du nom de la personne que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire.
- En parts inégales cochez la case "en parts inégales" en regard du nom de la personne que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire. Encodez également le pourcentage sous la case "Part".
- Par ordre cochez la case "par ordre" en regard du nom de la personne que vous souhaitez désigner comme bénéficiaire. Encodez le numéro d'ordre sous la case "Position".

Veuillez joindre une copie de la carte d'identité de chaque bénéficiaire.

En cas de vie de l'assuré			Attention: l'assuré ne peut jamais être le bénéficiaire en cas de décès.	En cas de décès de l'assuré		
en parts égales	en parts inégales	par ordre		en parts égales	en parts inégales	par ordre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ Date de naissance: _____ Signature bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé" et du nom _____ Localité _____ Date _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ Date de naissance: _____ Signature bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé" et du nom _____ Localité _____ Date _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position	Nom: _____ Prénom: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____ Code postal: _____ Localité: _____ Tél.: _____ Date de naissance: _____ Signature bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé" et du nom _____ Localité _____ Date _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> % Part	<input type="checkbox"/> Position

CO.F03.06.4-04

En cas de vie de l'assuré			En cas de décès de l'assuré					
en parts égales	en parts inégales	par ordre	Attention: l'assuré ne peut jamais être le bénéficiaire en cas de décès.			en parts égales	en parts inégales	par ordre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom: _____	Prénom: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value=""/>	Adresse: _____	N°: _____		<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value=""/>
	Part	Position	Bte: _____	Code postal: _____	Localité: _____		Part	Position
			Tél.: _____	Date de naissance: _____				
			Signature bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé" et du nom					
			Localité _____ Date _____					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom: _____	Prénom: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value=""/>	Adresse: _____	N°: _____		<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value=""/>
	Part	Position	Bte: _____	Code postal: _____	Localité: _____		Part	Position
			Tél.: _____	Date de naissance: _____				
			Signature bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé" et du nom					
			Localité _____ Date _____					
100 %						100 %		

Preneur d'assurance (personne exerçant les droits et les obligations découlant du contrat)

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Numéro de registre national: _____ M F

Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Veillez joindre une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

Signature bénéficiaire précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé" et du nom


Localité _____ Date _____

Société

MoneyMaxx / AEGON Spaarkas S.A.

Lu et approuvé

Paul Boomkamp
Directeur



déclarent par la présente avoir pris connaissance de la désignation du (des) bénéficiaire(s) dans le contrat portant le numéro de Certificat _____ et acceptent, par la signature de cette déclaration, cette attribution bénéficiaire.

Veillez renvoyer ce formulaire signé à Moneymaxx - c/o LYDIAN lawyers - Avenue du Port 86c b113 - 1000 Bruxelles
Vous avez d'autres questions? Appelez-nous au numéro de téléphone gratuit **0800/99.123**