

BÉNÉFICIAIRE DU CAPITAL DÉCÈS



Entreprise : Contrat no :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom :

Date de naissance / Sexe / NSS : / /

Date de décès :

Nom et prénom de l'ayant droit :

Date de naissance / Sexe / NSS : / /

Adresse :

Joindre le justificatif suivant :

- photocopie d'une pièce d'identité.

J'atteste que...

J'ai l'intention de quitter la Suisse ou ne réside pas en Suisse

Je prends note qu'un impôt à la source sera retenu sur le capital de prévoyance

Adresse à l'étranger :

.....

.....

Je n'ai pas l'intention de quitter la Suisse

Je prends note que le montant de la prestation en capital sera déclaré par écrit à l'Administration fédérale des contributions.

Adresse de paiement

IBAN (max. 34 Chiffres) :

Banque / Poste (nom, npa, lieu, pays) :

Titulaire du compte :

Code SWIFT (BIC) : Clearing/CB :

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont conformes à la vérité.

J'autorise la poste ou la banque à retourner à La Collective de Prévoyance - Copré les prestations versées à tort et, lorsque l'inscription a déjà été faite, à porter le montant au débit de mon compte.

J'ai pris bonne note de l'annonce à l'Administration fédérale des contributions de la prestation versée.

Lieu et date : Signature de l'ayant droit :