



FEUILLET SUPPLÉMENTAIRE

Section 1 :

Informations sur le ou la participant.e

Numéro d'identification unique (UID)
(obligatoire)

Numéro d'immatriculation à la Caisse
(facultatif)

R/ _____
Numéro de dossier de retraite (facultatif)

Nom de famille

Prénom

Autres prénoms

Section 2 :

Désignation des bénéficiaires

BÉNÉFICIAIRE ...

Nom complet

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Sexe

Nature de la relation

Part (%)

Adresse postale

+ _____
Indicatif du pays Indicatif régional Numéro de téléphone

Adresse électronique

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

BÉNÉFICIAIRE ...

Nom complet

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Sexe

Nature de la relation

Part (%)

Adresse postale

+ _____
Indicatif du pays Indicatif régional Numéro de téléphone

Adresse électronique

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

Le total des parts doit être égal à 100 %. Si les parts en pourcentage ne sont pas indiquées ou si leur total n'est pas égal à 100, la somme sera partagée à parts égales entre les bénéficiaires.

Signature (veuillez signer dans l'encadré ci-dessous, sans dépasser)

Date (jj/mm/aaaa)



FEUILLET SUPPLÉMENTAIRE

Section 2 :

(suite)

BÉNÉFICIAIRE ...

Nom complet _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____ Nature de la relation _____ Part (%) _____

Adresse postale _____

+

Indicatif du pays _____ Indicatif régional _____ Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

BÉNÉFICIAIRE ...

Nom complet _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____ Nature de la relation _____ Part (%) _____

Adresse postale _____

+

Indicatif du pays _____ Indicatif régional _____ Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

BÉNÉFICIAIRE ...

Nom complet _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Sexe _____ Nature de la relation _____ Part (%) _____

Adresse postale _____

+

Indicatif du pays _____ Indicatif régional _____ Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____

Informations supplémentaires (si le ou la bénéficiaire est mineur.e, veuillez fournir les coordonnées du parent ou du tuteur ou de la tutrice légal.e désigné.e qui en a la garde)

Le total des parts doit être égal à 100 %. Si les parts en pourcentage ne sont pas indiquées ou si leur total n'est pas égal à 100, la somme sera partagée à parts égales entre les bénéficiaires.

Signature (veuillez signer dans l'encadré ci-dessous, sans dépasser)

Date (jj/mm/aaaa)