

Déclaration de la liste type des bénéficiaires du Capital Décès, PTIA

A retourner par mail à **secretariat@mspp75.fr**

1. MEMBRE PARTICIPANT :

Je soussigné,

Nom :

Adresse :

Prénom :

.....

N° de mutuelle : /__ /__ / __ /__ /__ /

Numéro de téléphone :

N° de Sécu. Soc. :

Mail :

/__ /__ /__ /__ /__ /__ /

,déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste de la Mutuelle des Sapeurs-pompiers de Paris et demande d'attribuer le capital assuré à :

2. BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

NOM	Identité	Pourcentage attribué
NOM Prénom Date de naissance ADRESSE	%
ou à défaut*		
NOM Prénom Date de naissance ADRESSE	%
ou à défaut*		
NOM Prénom Date de naissance ADRESSE	%

*** En cas d'attribution du capital à plusieurs bénéficiaires, rayer la mention « ou à défaut » et indiquer le pourcentage attribué à chacun d'entre eux (le total des pourcentages doit être égal à 100 %).**

3. Signature

Fait le : / /

Signature

A :