



Déclaration de la liste type des bénéficiaires Capital – Décès - Invalidité

A retourner par mail à secretariat@mspp75.fr

1. DEMANDEUR :

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 intérieur de la Mutuelle des Sapeurs-pompiers de Paris et demande d'attribuer le capital assuré à :

2. BENEFICIAIRES

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 de l'intéressé

Fait le : / /.....

Signature

A :