

Demande de mise en gage du capital décès (pilier 3b)

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Titre :	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Date de naissance :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Rue :	<input type="text"/>	Numéro :	<input type="text"/>
NPA :	<input type="text"/>	Lieu :	<input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>	Nationalité(s) :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>

(ci-après « personne assurée »)

1. 1. Autres données

N° AVS : _____ N° d'assurance : _____

2. Demande de mise en gage

Je vous prie de bien vouloir mettre en gage les prestations en cas de décès destinées à la personne susmentionnée (capital décès conformément à l'art. 2.2. des Informations et dispositions destinées aux personnes assurées du contrat d'assurance collective conclu entre la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe et la VZ BVG Rück SA) selon l'instruction suivante :

Banque : _____

Adresse de la banque : _____


Responsable : _____

Remettre l'original de la demande de mise en gage à :

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Case postale
8021 Zurich

E-mail: info@freievorsorge.ch

Remarque : Après réception de la présente demande de mise en gage ainsi que de l'avis de mise en gage / la notification de la

Date :	<input type="text"/>
	
Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>



banque, la Stiftung freie Vorsorge examinera la mise en gage avant d'informer par écrit la banque ainsi que la personne assurée.

