

Conterganstiftung
An den Gelenkbogenhallen 2 – 6
50679 Cologne
Allemagne

Demande de capitalisation

conformément à l'article 13 de la loi de la Conterganstiftung (ContStifG)

Je demande la capitalisation de ma pension mensuelle :

Montant (partiel) :

Durée : Année/années (Minimum 1 an - maximum 5 ans)

Informations personnelles :

Nom de famille :

Prénom :

Demeurant à :

Pays :

Date de naissance :

Numéro STC :

Coordonnées :

N° de téléphone/mobile :

Adresse e-mail :

[Vous trouverez ici notre déclaration de confidentialité](#)

À compléter :

Contexte de capitalisation

--

Coûts	
Montant total de capitalisation	

Je joins les documents suivants ou les sou mets plus tard, si disponibles :

- Récapitulatif des coûts, devis, contrat préalable non contraignant ou offre d'achat
- Confirmation du prêteur du montant et de l'utilisation du prêt, données relatives au montant de la dette résiduelle et calcul de la date limite émanant du prêteur

La version allermande est contraignante.

Remarque :

Une demande d'octroi d'indemnité en capital ne fera l'objet d'une décision qu'une fois l'évaluation terminée. Tant que l'avis d'octroi n'est pas fourni, des contrats contraignants devant être honorés au moyen de l'indemnité en capital seront conclus à ses risques et périls.

Je certifie que mes données figurant dans cette demande sont complètes et conformes à la vérité. J'indiquerai les changements à la fondation en temps utile. J'ai pris connaissance de la remarque susmentionnée.

(Lieu, date)

(Signature de la demandeuse/du demandeur)

Complément en cas de prise en charge officiellement ordonnée en matière de gestion du patrimoine

Déclaration de la personne chargée de gestion du patrimoine :

J'effectue la demande susmentionnée pour la personne prise en charge

par mes soins. Nom de la personne prise en charge :

Je joins la preuve de ma légitimité à défendre les intérêts de la personne susmentionnée en tant **qu'annexe à l'original ou en tant que photocopie certifiée** (l'autorisation de prise en charge ou comparable).

Coordonnées de la/du responsable de prise en charge :

Nom de famille :

Prénom :

Demeurant à :

(Lieu, date)

(Signature de la/du responsable de prise en charge)