



PRÉVOYANCE COLLECTIVE BULLETIN DE DESIGNATION BENEFICIAIRE CLAUSE SPECIFIQUE

SALARIÉ

Votre contrat collectif de prévoyance prévoit une clause standard pour la désignation de vos bénéficiaires du capital décès. Pour en connaître le détail, reportez-vous à la notice d'information qui vous a été remis par votre employeur. Si cette clause standard vous convient, vous ne devez pas compléter ce bulletin.

ENTREPRISE (A compléter en lettres capitales par l'employeur)

Raison Sociale _____

N° de SIREN _____

N° de contrat _____

Je soussigné(e), certifie que l'assuré principal ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'entreprise à la date de signature du présent bulletin de désignation .

A _____ le _____

Signature et cachet de l'entreprise

ASSURÉ (A compléter en lettres capitales par l'assuré)

☐ M. ☐ Mme Nom _____ Nom de naissance _____

Prénom _____ Né(e) le _____ Commune de naissance _____

Numéro de Sécurité Sociale _____

Adresse _____

Catégorie ☐ Cadre ☐ Non Cadre ☐ Autres (préciser) : _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Téléphone⁽¹⁾ _____ Email⁽¹⁾ _____ @ _____

⁽¹⁾Cette adresse mail et ce numéro de téléphone seront utilisés pour toute correspondance avec le centre de gestion Crédit Agricole Assurances

CHOIX DES BENEFICIAIRES (A compléter en lettres capitales par l'assuré)

Dans le cadre de nos obligations relatives à la loi ECKERT et afin de permettre le versement des sommes dans les meilleures conditions, veuillez nous tenir informés :

- en cas de changement de coordonnées vous concernant, ou concernant votre/vos bénéficiaires ;
- en cas d'évolution de votre situation familiale

MERCI DE NE COCHER ET DE NE COMPLETER QUE L'UNE DES TROIS RUBRIQUES **1** **2** **3**

1 ☐ JE DESIGNE UNE SEULE PERSONNE PHYSIQUE (100% DU CAPITAL EST VERSÉ À UN SEUL BÉNÉFICIAIRE)

	Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2	Bénéficiaire 3
Nom de naissance			
Prénoms			
Date de naissance			
Commune de naissance			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Répartition	100% du capital	100% du capital	100% du capital

à défaut mes héritiers

2 ☐ JE DESIGNE PLUSIEURS PERSONNES PHYSIQUES (LE CAPITAL EST VERSÉ À PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES)

Si vous souhaitez désigner plus de trois bénéficiaires personnes physiques ou une personne morale, ne complétez pas la rubrique 2 ci-dessous. Renseignez uniquement la rubrique 3 au verso de ce bulletin.

La répartition du capital ne doit pas excéder 100%

	Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2	Bénéficiaire 3
Nom de naissance			
Prénoms			
Date de naissance			
Commune de naissance			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Répartition en capital			

à défaut mes héritiers

En cas de décès de l'un des bénéficiaires nommés ci-dessus, précisez votre choix d'attribution de sa part (ne cocher qu'une seule case) :

- ☐ Sa part est reversée à ses héritiers
- ☐ Sa part se répartit entre les autres bénéficiaires désignés dans les mêmes proportions que celles indiquées ci-dessus

CHOIX DES BENEFICIAIRES (A compléter en lettres capitales par l'assuré)

3 ☐ JE DESIGNE LES PERSONNES MORALES OU PHYSIQUES SUIVANTES

Pour chaque personne physique désignée, préciser les éléments suivants : nom de naissance, prénoms, date et commune de naissance, adresse postale et le sort de sa part s'il décède avant vous (indiquer par exemple « vivant ou représenté » ou « la part d'un prédécédé revenant à mes héritiers »). **Pour chaque personne morale**, préciser la raison sociale et le numéro d'immatriculation.

Indiquer la répartition en pourcentage entre les personnes désignées ou les séparer par la mention « à défaut », s'il s'agit de bénéficiaires successifs.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

, à défaut mes héritiers.

(Exemple : 60% à mon conjoint et 40% à M. Dupont Jean né le 01/01/1965 à Paris 14^{ème} (France) domicilié au 1 rue Voltaire 69006 Lyon, la part d'un prédécédé revient à mes héritiers).

Utilisation de vos données personnelles

- Les données à caractère personnel collectées dans le présent bulletin de désignation, et au cours de son exécution, sont communiquées à Predica, assureur responsable de traitement et à son gestionnaire.
- Pour les besoins du traitement, dans le cadre de ses activités d'assurance maladie, maternité, invalidité, en vertu des dispositions de l'article R. 115-2 (2o) du Code de la sécurité sociale, l'assureur est autorisé à collecter et traiter le numéro d'inscription au répertoire (NIR), à l'exclusion de toute utilisation aux fins d'identification des doublons ou des homonymies. Seules les personnes habilitées pourront avoir accès à cette donnée confidentielle.
- En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l' Informatique aux Fichiers et aux Libertés , modifiée par la loi, la personne dont les données sont connectées dispose d'un droit d'accès, de modification et d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Ces droits s'exercent par courrier auprès de : Predica - Service Clients - 75724 Paris Cedex 15.

Je déclare toutes les informations fournies exactes et sincères. En communiquant mon adresse email, j'accepte expressément par la présente de recevoir de Crédit Agricole Assurances des informations relatives à mon contrat.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat Prévoyance.

Fait à _____ le ____/____/____



**Merci de nous retourner ce bulletin daté et
signé par envoi postal à :
Centre de gestion Crédit Agricole Assurances
TSA 50190 28 039
CHARTRES CEDEX**

Signature du salarié assuré
précédée de la mention « lu et approuvé »