



BULLETIN DE DÉSIGNATION PARTICULIÈRE DE BÉNÉFICIAIRE(S)

DOCUMENT À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ :

Si vous souhaitez désigner des bénéficiaires autres que ceux prévus dans le cadre de la garantie décès du régime de prévoyance de la branche (voir le rappel ci-dessous), vous devez compléter ce document.

- ① Complétez les coordonnées de votre employeur
- ② Complétez vos coordonnées,
- ③ Inscrivez le ou les bénéficiaire(s)
- ④ Signez le document
- ⑤ Retournez-le à l'adresse indiquée au verso.

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE GESTION

N° d'adhérent :

(À reporter dans toutes les correspondances)

.....

BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS :

Rappel des dispositions prévues dans le cadre du régime de prévoyance conventionnel obligatoire CCN de l'enseignement privé hors contrat du 27/11/2007 - Titre 8

Le capital est versé :

Au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le salarié :

- A défaut de désignation de bénéficiaire :
- Au conjoint c'est à dire l'époux ou l'épouse non divorcé(e) par jugement définitif,
- A défaut, aux enfants légitimes, reconnus ou adoptifs du salarié par parts égales entre eux
- A défaut de tous les susnommés, le capital revient aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Il faut entendre par conjoint :

- L'époux ou l'épouse du participant, non divorcé(e) par un jugement définitif mais aussi par assimilation, le concubin lorsque à la date du décès du participant le concubinage était notoire et permanent à savoir qu'il peut être justifié d'une communauté de vie d'au moins deux ans. Les concubins ne doivent pas être par ailleurs mariés ou pacsés avec un tiers. Est également assimilé au conjoint le partenaire au quel le participant est lié par un pacte civil de solidarité conclu depuis au moins deux ans à la date du décès du participant.
En cas de naissance ou d'adoption dans le couple concubin ou lié par un pacs, le délai de deux ans de vie commune n'est pas exigé.

①

Coordonnées de votre employeur

Dénomination ou raison sociale

Enseigne/Sigle

N° Siret | | | | | | | | | | | | | | | | | | Code Naf | | | | | | |

Adresse :

Code postal : Ville :

②

Identité du salarié

N° de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé | | | Né(e) le / /

Nom

Nom de jeune fille

Prénom(s)

Situation ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Partenaire lié par un Pacs ☐ Concubin

Adresse :

Code postal Ville

Désignation particulière de bénéficiaire(s)

Je soussigné(e)
 Demande qu'en annulation des dispositions prévues dans le cadre du régime de prévoyance conventionnel obligatoire rappelées
 au recto, le bénéfice de la garantie capital décès soit attribué à :

Précision

En cas de pluralité de bénéficiaires désignés, le capital est attribué par parts égales, sauf à préciser une autre répartition entre les
 différents bénéficiaires (en %).

- 1 Nom Prénoms
 Date et lieu de naissance : le / / à
 Adresse postale

 Répartition en % (si plusieurs bénéficiaires) :
- 2 Nom Prénoms
 Date et lieu de naissance : le / / à
 Adresse postale

 Répartition en % (si plusieurs bénéficiaires) :
- 3 Nom Prénoms
 Date et lieu de naissance : le / / à
 Adresse postale

 Répartition en % (si plusieurs bénéficiaires) :

**Vous pouvez ultérieurement, modifier cette désignation, en complétant et en adressant un nouveau bulletin par lettre
 recommandée avec avis de réception adressée à votre Centre de Gestion, Institution membre du GNP.**

Signature du salarié

Fait à

Le / /

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Document à retourner à votre Centre de Gestion :

Humanis Prévoyance
Centre de gestion de Lille
8 boulevard Vauban
CS 50 002
59 043 Lille Cedex