DESIGNATION DE BENEFICIAIRE SPECIFIQUE OU CHOIX D'OPTION

A compléter, en deux exemplaires, par le participant et à retourner à :

UNIPREVOYANCE
10, Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex
Téléphone : 01·58·64·41·00 - Télécopie : 01·58·6442·30

Certificat d'adhésion N° : N° de Sécurité Sociale :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__| |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Entreprise : _____

Je soussigné (e) , _____
Nom, prénoms *Nom de jeune fille*

Adresse : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

I - CHOIX DE L'OPTION PAR LE PARTICIPANT

☐ Option 1 : Capital décès plein
☐ Option 2 : Capital décès réduit + Rente Education
☐ Option 3 : Capital décès réduit + Rente de Conjoint (collège cadre)

L'option 1 sera obligatoirement retenue à défaut de choix exprimé ou à défaut de conjoint et/ou d'enfant à charge ou en cas d'invalidité absolue et définitive du participant.

II – DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

☐ **Désigne comme bénéficiaire(s) du CAPITAL DECES (dans cette hypothèse, l'option 1 est obligatoirement retenue) :**
Cette désignation annule et remplace celle prévue aux conditions générales ou toute autre désignation.

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	(I)

(I) en cas de pluralité de bénéficiaires désignés, la mention :
- « à défaut » est à porter entre chacun d'eux s'ils viennent en rangs successifs,
- par parts égales ou le pourcentage choisi s'ils sont désignés conjointement.

☐ **Renonçant à la désignation de bénéficiaire particulière antérieure, j'accepte les bénéficiaires dans l'ordre prévu contractuellement dont j'ai pris connaissance.**

IMPORTANT : Toute cession du capital décès en garantie d'une créance, acceptée par le bénéficiaire, demeure irrévocable à concurrence du montant de celle-ci. Toute modification de désignation annule la précédente.

Fait à : _____ le : _____

Cadre réservé	*Signature du participant précédé des mentions « lu et approuvé »*

Les 2 exemplaires de ce document doivent parvenir à l'assureur.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'UNIPREVOYANCE – Service Clientèle – 10, rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex
(Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

DESIGNATION DE BENEFICIAIRE SPECIFIQUE OU CHOIX D'OPTION

A compléter, en deux exemplaires, par le participant et à retourner à :

UNIPREVOYANCE
10, Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex
Téléphone : 01·58·64·41·00 - Télécopie : 01·58·6442·30

Certificat d'adhésion N° : N° de Sécurité Sociale :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__| |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Entreprise : _____

Je soussigné (e) , _____
Nom, prénoms *Nom de jeune fille*

Adresse : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

I - CHOIX DE L'OPTION PAR LE PARTICIPANT

☐ Option 1 : Capital décès plein
☐ Option 2 : Capital décès réduit + Rente Education
☐ Option 3 : Capital décès réduit + Rente de Conjoint (collège cadre)

L'option 1 sera obligatoirement retenue à défaut de choix exprimé ou à défaut de conjoint et/ou d'enfant à charge ou en cas d'invalidité absolue et définitive du participant.

II – DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

☐ **Désigne comme bénéficiaire(s) du CAPITAL DECES (dans cette hypothèse, l'option 1 est obligatoirement retenue) :**
Cette désignation annule et remplace celle prévue aux conditions générales ou toute autre désignation.

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	(I)

(I) en cas de pluralité de bénéficiaires désignés, la mention :
- « à défaut » est à porter entre chacun d'eux s'ils viennent en rangs successifs,
- par parts égales ou le pourcentage choisi s'ils sont désignés conjointement.

☐ **Renonçant à la désignation de bénéficiaire particulière antérieure, j'accepte les bénéficiaires dans l'ordre prévu contractuellement dont j'ai pris connaissance.**

IMPORTANT : Toute cession du capital décès en garantie d'une créance, acceptée par le bénéficiaire, demeure irrévocable à concurrence du montant de celle-ci. Toute modification de désignation annule la précédente.

Fait à : _____ le : _____

Cadre réservé	*Signature du participant précédé des mentions « lu et approuvé »*

Les 2 exemplaires de ce document doivent parvenir à l'assureur.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'UNIPREVOYANCE – Service Clientèle – 10, rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex
(Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).