

> DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS (désignation contractuelle)

Je déclare attribuer le capital garanti par le contrat aux bénéficiaires suivants :

- à mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès ou à mon partenaire lié par un PACS ou à mon concubin⁽¹⁾ non séparé au moment du décès,
- à défaut, à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, par parts égales entre eux,
- à défaut, à mon père et à ma mère, par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, à mes héritiers par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

[1] conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Attention ! Cette désignation de bénéficiaires ne vaut que pour les contrats souscrits par les entreprises à compter du 1^{er} janvier 2013 avec les conditions générales CG/HP/PREV02.13. Pour les contrats ayant pris effet antérieurement ou avec d'autres conditions générales, la désignation contractuelle indiquée dans votre notice d'information sera appliquée.

Toutefois, vous pouvez retenir les bénéficiaires indiqués ci-dessus en cochant : **oui, je souscris à cette désignation de bénéficiaires.**

Au moment ou au cours de votre affiliation, vous pouvez désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage du capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de notre organisme. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à notre organisme de les contacter en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous signature privée ou par acte authentique.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance ...).

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations, fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil du groupe Humanis ou des personnes habilitées par lui.

A le **Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"**

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.