

Personnalisée | Accord départemental « PRÉVOYANCE » du 1^{er} avril 2004 au profit des salariés agricoles ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 et relevant de la convention collective du 1^{er} avril 2004 concernant les exploitations agricoles de la Gironde

NOM DE L'ENTREPRISE : _____ N° ENTREPRISE _____

Cet imprimé vous permet de désigner le(s) bénéficiaire(s) de vos garanties en cas de décès et se substitue à la clause de votre contrat déterminant le(s) bénéficiaire(s). Vous pouvez à tout moment modifier votre désignation en cours d'affiliation notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance...), en remplissant un nouvel imprimé. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Nous vous remercions de nous faire parvenir cet imprimé par envoi en lettre recommandée avec accusé de réception.

VOS COORDONNEES

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Melle Date de naissance

Situation de famille
 célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Adresse _____

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES

Je déclare attribuer le capital garanti par le contrat, déduction faite des éventuelles majorations pour enfants à charge, aux bénéficiaires suivants :

<p>Nom et prénom _____</p> <p>Lien de parenté éventuel _____</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Adresse _____ <input type="checkbox"/> _____ %</p> <p>Tél <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Email <input type="text"/> @ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> à défaut</p>	<p>1 Indiquez "Part attribuée en %" ou "A défaut"</p>
<p>Nom et prénom _____</p> <p>Lien de parenté éventuel _____</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Adresse _____ <input type="checkbox"/> _____ %</p> <p>Tél <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Email <input type="text"/> @ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> à défaut</p>	<p><input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> à défaut</p>
<p>Nom et prénom _____</p> <p>Lien de parenté éventuel _____</p> <p>Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Adresse _____ <input type="checkbox"/> _____ %</p> <p>Tél <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Email <input type="text"/> @ <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> à défaut</p>

A défaut, à mes héritiers, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

A _____ le *Signature du salarié*

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR AVANT DE REMPLIR CETTE DESIGNATION

1 Vous pouvez :

- Soit indiquer pour chacun la part du capital en pourcentage attribué. Si l'un des bénéficiaires disparaissait avant vous, le capital lui étant alloué serait réparti par parts égales entre les bénéficiaires survivants désignés.
- Soit fixer un ordre de préférence en cochant la mention « à défaut ».

Rappel :

Lorsque le bénéficiaire n'a pas la garde des enfants à charge, le montant du capital décès versé à celui-ci ne comprend pas le montant de la majoration pour enfant à charge qui sera attribué, par parts égales à ces derniers.