

Bulletin de désignation particulière de bénéficiaire

Convention Collective Nationale Mareyeurs - Expéditeurs

A retourner à votre centre de gestion :

Humanis
TSA 50023 - 59049 Lille Cedex
Tél. 09 70 82 04 61 APPEL NON SURTAXE

Avertissement

Si vous désirez une autre attribution que celle prévue par le régime de prévoyance conventionnel obligatoire de la convention collective nationale des mareyeurs-expéditeurs et rappelée ci-dessous, vous devez désigner expressément les bénéficiaires de votre choix en complétant ce document et le retourner à l'adresse indiquée ci-dessus.

Vous pouvez ultérieurement, modifier cette désignation, en complétant et en adressant un nouveau bulletin par lettre recommandée avec avis de réception à Humanis Prévoyance.

Coordonnées de votre employeur

Dénomination ou raison sociale :

Enseigne / Sigle :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

Rappel des dispositions prévues dans le cadre du régime de prévoyance conventionnel obligatoire / CCN MAREYEURS - EXPEDITEURS

Le capital décès est versé :

- **Au bénéficiaire désigné :**
- A défaut de bénéficiaire désigné :
- le conjoint non séparé et non divorcé ;
- le concubin sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union, à défaut, qu'il peut être prouvé une période de deux ans de vie commune ;
- le partenaire auquel le salarié est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux ;
- à défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Identité du salarié

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__| Né(e) le : ___/___/___

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Autres (à préciser)

Adresse :

Code postal : Ville :

Je soussigné(e)

Demande qu'en annulation des dispositions prévues dans le cadre du régime de prévoyance conventionnel obligatoire rappelées ci-dessus, le bénéfice de la garantie en cas de décès soit attribué :

① **A** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :

.....
.....

② **A** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :

.....
.....

③ **A** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :

.....
.....

Le salarié

Fait à :

Le : ___/___/___

Signature précédée de la mention "**Lu et approuvé**"