

## BULLETIN DE DÉSIGNATION PARTICULIÈRE

du (des) bénéficiaire(s) du capital décès

**À retourner par lettre recommandée avec accusé de réception**

### Je soussigné(e), assuré(e) d'Humanis Prévoyance :

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_  
 Nom marital \_\_\_\_\_ Né(e) le | | | | | | | | | | à \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal | | | | | | Ville \_\_\_\_\_  
 Téléphone | | | | | | | | | | E-mail \_\_\_\_\_  
 N° Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 Raison sociale de mon employeur \_\_\_\_\_  
 Adresse de mon employeur \_\_\_\_\_  
 Code postal | | | | | | Ville \_\_\_\_\_  
 N°SIRET de mon employeur (figure sur les fiches de paye) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Déclare avoir pris connaissance de l'attribution contractuelle du capital décès reproduite ci-dessous :**

### Désignation contractuelle des bénéficiaires

Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières précisées ci-après à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire de PACS ou au concubin notoire (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ; à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales ; à défaut à ses petits-enfants par parts égales ; à défaut de descendants directs, à ses parents survivants par parts égales ; à défaut de ceux ci, aux grands-parents survivants par parts égales ; à défaut et par parts égales à ses frères et soeurs ; à défaut de tous les susnommés, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions.

### Désignation particulière des bénéficiaires

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective. A tout moment, vous avez la faculté d'effectuer une désignation particulière si la désignation contractuelle ci-dessus ne vous convient pas ou plus. Vous devez alors indiquer par écrit, à l'Assureur, la ou les personnes physiques ou morales que vous désignez comme bénéficiaires. Vous pouvez également effectuer cette désignation par acte authentique (c'est à dire rédigé par un officier public, un notaire par exemple).La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, si elle est effectuée dans les conditions suivantes :

- soit par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire désigné, qui devra être notifié à l'organisme assureur pour lui être opposable,
- soit par un écrit signé conjointement par l'assuré, le bénéficiaire désigné et l'organisme assureur.

Si le bénéficiaire fait connaître dans ces conditions, en cours de contrat, son acceptation, l'assuré ne pourra plus modifier la désignation effectuée sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

### Je souhaite :

Procéder à ma première désignation particulière du (des) bénéficiaire(s) du Capital décès.  
 Modifier ma dernière désignation particulière du(des) bénéficiaire(s) du Capital décès qui devient ainsi caduque.

---

- Indiquez pour les personnes physiques les nom, prénom et date de naissance et pour les personnes morales la raison sociale et l'adresse du siège social.
- Si les bénéficiaires viennent en rangs successifs, mentionnez "à défaut" entre chacun d'eux.
- Si les bénéficiaires sont désignés conjointement, mentionnez "par parts égales" ou le pourcentage choisi pour chacun d'eux.
- Vous pouvez indiquer les coordonnées de ce(s) bénéficiaire(s), celles-ci seront utilisées par l'Institution si vous décédez.

### Déclaration de l'assuré

Je déclare être juridiquement apte à effectuer la présente désignation. Je certifie sincères et exactes mes présentes déclarations. J'autorise Humanis Prévoyance à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Fait à \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

**Signature du participant**  
(précédée de la mention "lu et approuvé")

*Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès du Service Satisfaciton client (303 rue Gabriel Debacq 45777 Saran Cedex), d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.*