

DÉLÉGATION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS

À adresser à : **NOVALIS Prévoyance**
45777 Saran Cedex

 **0 969 39 70 70** - Fax : 01 58 82 40 65
APPEL NON SURTAXE

ENTREPRISE

(Mention obligatoire)

N° établissement de gestion

P1

Raison Sociale.....

Adresse.....

Code Postal Bureau distributeur..... N° téléphone

N° Sécurité sociale

PARTICIPANT

Nom usuel..... Prénom.....

Nom de jeune fille..... Nationalité.....

Né(e) le Adresse.....

Code Postal Bureau distributeur.....

CLAUSE DE DÉLÉGATION

Je soussigné(e), inscrit au régime de prévoyance souscrit par mon employeur, désigne comme seul bénéficiaire du capital garanti sur ma tête en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, l'organisme :

à concurrence des sommes lui restant dues sur le prêt de : euros

qu'il m'a consenti en date du

Le surplus éventuel du capital garanti en cas de décès reste attribué aux bénéficiaires désignés par le participant.

L'institution n'est engagée, sous réserve que le participant soit toujours affilié à la date du décès, que dans la limite du capital garanti (déterminé au jour du décès) à l'exclusion de la majoration pour enfants à charge qui revient exclusivement à ceux-ci, conformément aux dispositions du règlement du régime décès, incapacité-invalidité auquel l'entreprise adhère.

L'institution ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable des conséquences d'une radiation du participant non signalée au bénéficiaire.

Fait en triple exemplaire à le

Le Bénéficiaire
Bon pour acceptation

Le Participant
Bon pour délégation

L'institution