

RENTES DE CONJOINT OCIRP

Désignation de bénéficiaire du capital en cas de décès

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

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

P1

AVERTISSEMENT

Vous devez remplir ce document uniquement si vous êtes célibataire, veuf(veuve) ou divorcé(e).

Si vous n'avez procédé à aucune désignation, le capital est attribué par parts égales aux enfants du salarié, et à défaut, dans l'ordre et par parts égales, à ses parents, ses frères et sœurs, ou à défaut à ses héritiers.

PRÉCISIONS

En cas de pluralité de bénéficiaires désignés, le capital est attribué par parts égales, sauf à préciser une autre répartition entre les différents bénéficiaires (en pourcentage).

La désignation peut être modifiée par lettre recommandée adressée à l'institution membre.

Si le participant devient invalide et qu'il est classé en troisième catégorie de la Sécurité sociale, le capital lui est versé (sur sa demande), ce qui met fin définitivement à la garantie.

EMPLOYEUR

(Mention obligatoire)

Dénomination ou raison sociale de l'entreprise :

Enseigne/Signe :

Adresse

Code Postal Bureau distributeur

N° établissement de gestion
P1 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

SALARIÉ

N° Sécurité sociale

Nom usuel

Nom de jeune fille

Né(e) le Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse

Code Postal Bureau distributeur

Je soussigné(e) déclare désigner comme bénéficiaire du capital pouvant être attribué à mon décès (nom, prénom, date de naissance, lien de parenté éventuel et adresse) :

Je reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration ne produira ses effets que si lors de mon décès, je ne laisse pas de :

- conjoint survivant,
- concubin (selon les dispositions réglementaires, contractuelles ou conventionnelles),
- partenaire lié par un PACS (selon les dispositions réglementaires, contractuelles ou conventionnelles).

Toute désignation devient caduque en cas de changement de situation de famille.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites au présent formulaire. Elle garantit au participant, pour les données le concernant, un droit d'accès et de rectification auprès de l'institution destinataire de la déclaration.

LE SALARIÉ

Fait à Le

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé")