

MODIFICATION DE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE DÉCÈS TOUTES CAUSES

Document dont l'utilisation est réservée à la seule modification de la clause bénéficiaire au contrat IDCP N° 93006.IDCP.01

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ MAJEUR

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom Prénoms
 Nom de naissance Date de Naissance
 Adresse
 CP Ville
 N° identifiant agent

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE PARTICULIER DU CAPITAL DÉCÈS

Si vous désirez modifier les bénéficiaires du capital garanti en cas de décès que vous aviez précédemment désignés, vous devez désigner expressément le (ou les) nouveau(x) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leur nom, prénoms, date et lieu de naissance.

L'assureur et la CCAS attirent votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre (vos) désignation(s) de bénéficiaire(s) particulier(s). En cas d'existence de bénéficiaire acceptant au moment de la modification, la nouvelle attribution bénéficiaire modifiant sa part ne peut être prise en compte qu'avec son accord.

DÉCÈS TOUTES CAUSES	Nom - Prénoms	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s)/.../... à
/.../... à
/.../... à
À défaut/.../... à
/.../... à

Total = 100%

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE CONTRACTUELLE :

le contrat prévoit la clause type suivante qui s'applique par défaut en cas de non désignation expresse de bénéficiaires.

Sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient à votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession, à défaut à vos père et mère et à défaut à vos autres héritiers.

ACCEPTATION :

avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de la nouvelle désignation bénéficiaire lorsqu'elle est effectuée à titre gratuit. Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Votre attention est attirée sur le fait que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de ce bénéficiaire dans les conditions ci-dessus.

En application de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous pouvez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant qui figureraient sur tous les fichiers à usage de la mutuelle, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et à leurs partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'effacement, de portabilité, de communication et de rectification en adressant votre demande au Service Relations Adhérents – SOLIMUT Mutuelle de France - CS 31401 - 13785 Aubagne Cedex ou par mail à dra@solimut.fr.

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des conditions d'attribution du bénéfice de l'assurance décès figurant ci-dessus.

Signature de l'assuré(e)

(ou de son représentant légal ;
 préciser son nom, prénom et qualité) :
 précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à le