HUMANIS Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 7 rue de Magdebourg – 75116 Paris

PGM
Portefeuille Grands Comptes Montreuil

DELEGATION DU BENEFICE DE L'ASSURANCE DECES

A adresser à : HUMANIS Prévoyance
93 rue Marceau – 93187 Montreuil Cedex

ENTREPRISE

Raison sociale : ALSTOM TRANSPORT S.A. - ÉTABLISSEMENT VALENCIENNES

Adresse : RUE JACQUARD - BP 45

Code postal |5|9|4|9|4| VILLE PETITE-FORÊT

PARTICIPANT

N° Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Nom usuel ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|

❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Lié(e) par PACS ❒ Concubin(e) ❒ Veuf(ve) ❒ Divorcé(e) ❒ Séparé(e)

Adresse .....

.....

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville .....

Adresse mail personnelle : .....

CLAUSE DE DELEGATION

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 : _____€

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 contrat « décès, incapacité-invalidité » souscrit par l'entreprise.

L'institution ne pourra en aucun cas être tenue 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