



CAPSSA

BULLETIN DE DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

1. IDENTITÉ

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale:

Nom Nom de naissance
Prénom(s) Né(e) le Lieu de naissance

Adresse

N° Rue
Code Postal Ville Pays

2. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné ou, à défaut, et par ordre, à :

- Votre conjoint survivant - ou votre partenaire survivant lié par un PACS - ou votre concubin survivant ;
- Vos descendants ;
- Vos ascendants ;
- Vos collatéraux jusqu'au 3ème degré.

Si cette liste-type de bénéficiaire et l'ordre d'attribution vous conviennent, **il n'y a pas lieu de procéder à une désignation.**

Dans le cas contraire, indiquez ci-dessous le ou les bénéficiaire(s) souhaité(es) en précisant une répartition entre chacun d'eux **et/ ou un ordre d'attribution.**

Nom d'usage, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance, et adresse complète (en lettres majuscules) :

.....
.....
.....
.....etc.

Si le bénéficiaire est un organisme prêteur, le capital décès sera versé à hauteur du prêt restant dû. Le solde du capital sera ensuite attribué au(x) bénéficiaire(s) désigné(e)(s).

Coordonnées de l'organisme prêteur

Je m'engage à prendre toutes dispositions à l'égard de cet organisme pour lui signaler toute modification de capital ou suppression de la garantie pour quelque cause que ce soit, ceci sans que la responsabilité de l'Institution puisse être recherchée.

La présente désignation annule et remplace celle(s) qui aurai(ent) pu être faite(s) précédemment. J'atteste établir la présente désignation en ayant pris connaissance des textes régissant l'octroi et le service des garanties décès de la CAPSSA.

Je certifie avoir été informé(e) qu'en cas d'acceptation de la désignation par le(s) bénéficiaire(s), celle-ci ne pourra être modifiée qu'avec son (leur) accord préalable.

Fait à, le

Signature du participant

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA à la rubrique du site www.capssa.fr « Protection des données ». Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA DGD 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS en justifiant de votre identité.



