

DÉLÉGATION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS



A adresser à : **Malakoff Humanis Prévoyance – Affiliations – 41931 Blois Cedex 9**

La société doit faire compléter la présente demande par l'assuré avant la date de suspension du contrat de travail

ENTREPRISE

N° SIRET

Raison sociale

Adresse

Code postal Ville

ASSURÉ

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 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 : €

qu'il m'a consenti en date du

Le surplus éventuel du capital garanti en cas de décès reste attribué aux bénéficiaires désignés par l'assuré.

L'institution n'est engagée, sous réserve que l'assuré 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 de l'assuré non signalée au bénéficiaire.

Fait en triple exemplaire à

Le

Le bénéficiaire
Bon pour acceptation

L'assuré
Bon pour délégation

L'institution