|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bulletin d’adhésion du Contrat de Prévoyance N°8625A (Prévoyance 2016 LCL) |  |

**Déclaration à retourner, complétée et signée, par courrier à CNP Assurances, BU PSS Gestion Relations Clients - 5ème étage Bât 2**

**4, place Raoul Dautry 75 716 PARIS Cedex 15. Ce document peut être complété directement sur votre poste de travail ou imprimé.**

Code Société Code Matricule

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Matricule*  | 0 | 3 | 9 |  | 0 |   |   |   |   |   |   |  |   |   |

[ ]  ***Madame*** [ ]  ***Monsieur***

***Nom :***

***Nom de Naissance :***

***Prénoms :***

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

*Date de Naissance :*   /    /       *Lieu de Naissance :*       *Dépt :*

*Adresse Personnelle :*

|  |  |
| --- | --- |
| *Code Postal :*       | *Ville :*       |
|  *Tel. Professionnel :*       |  *Tel. Personnel (facultatif)*       |
|  *Adresse Professionnelle :*       |  |

Choix des Garanties Additionnelles Obligatoires (en complément des garanties socles)

En l’absence de choix, **l’option par défaut est l’option D1.**

**Les salariés relevant du régime de sécurité sociale Alsace/Moselle ou de la Principauté de Monaco peuvent opter uniquement pour les options C et D**

Sinon, vous pouvez choisir parmi les 4 options suivantes (1 seule option) :

[ ]  **Option A** : Couverture de l’incapacité/invalidité à 80%, rachat partiel de la franchise de 3 jours et couverture décès globale de 230%

[ ]  **Option B** : Couverture de l’incapacité/invalidité à 75%, rachat partiel de la franchise de 3 jours et couverture décès globale de 270%

[ ]  B1 : versement total en capital décès (270%)

[ ]  B2 : versement en capital décès (150%) + rente éducation

[ ]  B3 : versement en capital décès (150%) + rente conjoint

[ ]  **Option C** : Couverture de l’incapacité/invalidité à 80% et couverture décès globale de 350%

[ ]  C1 : versement total en capital décès (350%)

[ ]  C2 : versement en capital décès (230%) + rente éducation

[ ]  C3 : versement en capital décès (230%) + rente conjoint

[ ]  **Option D** : Couverture de l’incapacité/invalidité à 75% et couverture décès globale de 390%

[ ]  D1 : versement total en capital décès (390%)

[ ]  D2 : versement en capital décès (270%) + rente éducation

[ ]  D3 : versement en capital décès (270%) + rente conjoint

[ ]  D4 : versement en capital décès (150%) + rente éducation + rente conjoint

Désignation de Bénéficiaire(s) du capital en cas de Décès

[ ]  J’accepte la clause contractuelle (point 1 du document « Désignation Expresse de Bénéficiaires »).

[ ]  Je choisis la désignation expresse et je renseigne le document « Désignation Expresse de Bénéficiaires ».

**En l’absence de choix, la clause contractuelle s’applique.**

Déclarations

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d’information du contrat n° 8625A.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d’un droit d’accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances – Correspondant – Informatique et Libertés – 4, Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

Ces données sont nécessaires au traitement de ma souscription et à la gestion de mon contrat et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances et à ses prestataires.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Fait en 2 exemplaires, le :***   /    /     ***A***       |  ***Signature de l’assuré (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »):*** |
| (1 exemplaire à envoyer IMPERATIVEMENT à CNP Assurances, 1 à conserver par vos soins) |  |

CNP Assurances / Siège social : 4, place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 / Tél : 01.42.18.88.88 / [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr) / Groupe Caisse des Dépôts

*LCL / CSPP / SERVICE PAIE / MAJ 2017-09*

*Document à imprimer en noir et blanc*

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré / 341 737 062 RCS Paris / Entreprise régie par le code des assurances



RECOMMANDATIONS POUR COMPLÉTER

LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

1. Clause contractuelle en l'absence de bénéficiaire expressément désigné

Cette clause contractuelle de désignation de bénéficiaire(s) s'applique à tous les assurés, quelle que soit leur situation de famille. Si l'assuré n'est pas marié ou n'a pas d'enfant, le capital est versé aux ascendants à défaut aux héritiers.

**Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est attribué :**

- à son conjoint non divorcé et non séparé de corps par un jugement définitif, à défaut à la personne avec laquelle l’assuré a conclu un Pacte civil de solidarité.

- **à défaut** à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ; en cas de prédécès de l’un d’eux, sa part revenant aux survivants par parts égales entre eux.

- **à défaut** à ses ascendants par parts égales entre eux ; en cas de prédécès de l’un d’eux, sa part revenant aux survivants par parts égales entre eux.

- **à défaut** aux autres héritiers de l'assuré par parts égales entre eux.

**En l’absence de désignation expresse effectuée par l’assuré ou en cas de caducité éventuelle de la clause bénéficiaire expresse par disparition ou révocation de son bénéficiaire, c’est la clause contractuelle qui s’applique.**

2. Remarques importantes sur la clause contractuelle :

**Si l'assuré souhaite désigner "son conjoint ou son partenaire", il n'est pas nécessaire de remplir une désignation expresse, la clause contractuelle est suffisante.**

Attention : le concubin n'est pas considéré comme le conjoint ou le partenaire. Il doit donc être désigné nominativement pour être bénéficiaire du capital décès.

Les autres bénéficiaires ne pourront obtenir le capital en cas de décès de l'assuré qu'en l'absence de conjoint (décédé avant l'assuré, séparé ou divorcé) ou de partenaire (décédé avant l'assuré ou ayant rompu le Pacte Civil de Solidarité).

**A défaut les autres bénéficiaires sont les suivants :**

- à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ; en cas de prédécès de l’un d’eux, sa part revenant aux survivants par parts égales entre eux.

Sont considérés comme ayant la qualité d'enfants nés ou à naître, tous les enfants de l'assuré (y compris les enfants adoptés) vivants ou conçus antérieurement à la date du décès. Si l'un d'entre eux est décédé et qu'il a eu un ou plusieurs enfants, la part lui revenant est distribuée à ses descendants. Dans le cas contraire, cette part est partagée entre ses frères et sœurs.

- **à défaut** à ses ascendants par parts égales entre eux ; en cas de prédécès de l’un d’eux, sa part revenant aux survivants par parts égales entre eux.

- **à défaut** aux autres héritiers de l'assuré par parts égales entre eux.

En l'absence de descendant de l'assuré, les bénéficiaires sont les personnes qui possèdent la qualité d'ascendants au moment du décès (ex : parents, grands-parents...).

En l'absence d'ascendant, le bénéficiaire est la personne qui possède la qualité d'héritier au .moment du décès. Cette qualité lui est dévolue par le lien de parenté avec l'assuré ou parce que ce dernier a testé en sa faveur.

**Si la clause contractuelle ne convient pas, l’assuré a la possibilité de procéder à la désignation expresse d’un bénéficiaire.**

3. Désignation expresse d'un bénéficiaire :

Si vous souhaitez que l'ordre de désignation des bénéficiaires de votre capital ou les bénéficiaires eux-mêmes soit différent des dispositions contractuelles énoncées ci-dessus, le formulaire joint est à compléter.

En cas de désignation nominative, nous attirons votre attention sur les points suivants :

En cas de bénéficiaires :

- **si l'un d'eux est prioritaire** par rapport aux autres, il est indispensable de faire suivre sa désignation de la mention "ou à défaut telle autre personne" et ainsi de suite pour l'ensemble des bénéficiaires.

- **si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires, pour une part différente**, il faut indiquer la part respective de chacune en pourcentage du capital total (ex : Mme X= 60%, M. Y = 40%). Si l'un des bénéficiaires décède, sa part sera attribuée au(x) survivant(s) à défaut il est fait application de la clause contractuelle.

- **si aucun d'entre eux n'est prioritaire,** il convient de faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention "par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, la totalité aux survivants par parts égales". Ceci permet, en cas de décès de l'un des bénéficiaires avant l'assuré, de reporter sa part sur les autres bénéficiaires.

**Pour les bénéficiaires autres que le conjoint, le partenaire, les enfants ou les ascendants, il est indispensable de préciser les nom(s), prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance et adresse.**

**Si vous souhaitez désigner "vos enfants"**, il est préférable de ne pas mentionner leur nom mais d'indiquer "mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés". Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.

Attention : Dans tous les cas, les majorations du capital pour enfants à charge sont versées uniquement à ces derniers.

CNP Assurances / Siège social : 4, place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 / Tél : 01.42.18.88.88 / [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr) / Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré / 341 737 062 RCS Paris / Entreprise régie par le code des assurances

*Document à imprimer en noir et blanc*

*LCL / CSPP / SERVICE PAIE / MAJ 2017-09*



BULLETIN DE DÉSIGNATION EXPRESSE

DE BENEFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DECES

**Déclaration à retourner, complétée et signée à CNP uniquement dans le cas d’une modification de bénéficiaire(s)**

**Ce document peut être complété directement sur votre poste de travail ou imprimé.**

Identification du Salarié

Code Société Code Matricule

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Matricule*  | 0 | 3 | 9 |  | 0 |   |   |   |   |   |   |  |   |   |

***Nom :***

***Nom de Naissance :***

***Prénoms :***

***Date de Naissance :***   /    /

***Lieu de Naissance :***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |

***N° de Sécurité Sociale :***

*Adresse Personnelle :*

|  |  |
| --- | --- |
| *Code Postal :*       | *Ville :*       |

***Entreprise :*** *LCL*

***N° de Contrat :*** *N° 8625 A*

Désignation Expresse

**En cas de décès, le capital décès devra être payé à :**

(Si la désignation est nominative, il est indispensable de préciser les nom(s), prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance et adresse(s) des bénéficiaires et éventuellement leur adresse mail et/ou numéro de téléphone)

Dans tous les cas, les majorations du capital pour enfants à charge sont versées uniquement à ces derniers.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances -Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

**CETTE DÉSIGNATION REND NULLE ET NON AVENUE TOUTE DISPOSITION ANTÉRIEURE**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Fait en 2 exemplaires, le :***   /    /     ***A***       |  ***Signature de l’assuré (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »):*** |
| (1 exemplaire à envoyer IMPERATIVEMENT à CNP Assurances, 1 à conserver par vos soins) |  |

CNP Assurances / Siège social : 4, place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15 / Tél : 01.42.18.88.88 / [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr) / Groupe Caisse des Dépôts

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré / 341 737 062 RCS Paris / Entreprise régie par le code des assurances

*Document à imprimer en noir et blanc*

*LCL / CSPP / SERVICE PAIE / MAJ 2017-09*