PREVOYANCE
DECLARATION

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES

A retourner dûment complété à :
CARCO – Service Prévoyance – 15 avenue de l'Opéra 75001 PARIS

Sauf stipulation contraire transmise au plus tard le jour du décès de l'affilié, le capital décès garanti revient :

- à son conjoint judiciairement non séparé de droit ou de fait,
- à défaut, à ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs, par parts égales,
- à défaut, à ses parents ou grands-parents survivants, par parts égales,
- à défaut, à ses petits-enfants, par parts égales,
- à défaut, à la succession, pour suivre la dévolution légale.

Si l'affilié décide que le capital garanti ne doit pas être attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

IDENTITE DE L'AFFILIE

Nom de naissance :…… Nom marital :……
Prénom(s) :……

Né(e) le :……/……/……
N° de sécurité sociale : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋

Adresse : ……

Code Postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville :……
Tél : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Mail : ……

EN CAS DE DECES

Déclare attribuer le capital garanti par le Régime de Prévoyance en cas de décès dans les conditions suivantes : **(Choisissez et cochez une seule case)**

☐ Le capital garanti devra être payé **à mon conjoint**, à défaut à parts égales, **à mes enfants** nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut **à mes héritiers**.

☐ **A un ou plusieurs bénéficiaire(s)** nommément désigné(s) ci-dessous :

Nom	Prénom	Lien avec l'affilié	Date et Lieu de naissance	Téléphone	Parts
					…….. % ☐ Par défaut
					…….. % ☐ Par défaut
					…….. % ☐ Par défaut
					…….. % ☐ Par défaut
					…….. % ☐ Par défaut

Si plusieurs bénéficiaires sont nommément désignés, l'affilié est invité à préciser quelle part du capital qu'il entend attribuer à chacun d'eux, en précisant le lien de parenté éventuel. Il peut également utiliser la mention "à défaut" pour fixer un ordre de préférence pour cette désignation.
Si l'un des bénéficiaires venait à disparaître avant le décès de l'affilié, le capital qui lui était alloué serait réparti par parts égales entre les bénéficiaires survivants désignés.

EN CAS D'INCAPACITE PERMANENTE ET ABSOLUE

- **En cas de perte totale et irréversible d'autonomie** (Incapacité Permanente et Absolue), le capital garanti me sera personnellement versé.
- Au cas où mes facultés mentales seraient altérées, au sens de l'article 490 du Code Civil, le capital garanti devra être versé à :

Nom de naissance :…… Prénom(s) ……..

Né(e) le : ……/……/……..

Adresse : …….

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :…….....

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail…….…….

Fait à …… Le |_|_|_|_|_|_|

Nom et signature (précédé de la mention « lu et approuvé »)

Cette désignation rend nulle et non avenue toute disposition antérieure.
La présente désignation peut être modifiée à tout moment par l'envoi d'un nouvel imprimé en papier libre.

Les données personnelles enregistrées à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique en vue de la liquidation de vos garanties CARCO et sont nécessaires à l'instruction de votre dossier. La Loi Informatiques et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur vos données. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à :
CARCO – Service Conformité – 15 avenue de l'Opéra 75001 PARIS.