DEMANDE DE MODIFICATION
DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS

Nom du contrat : _____

N° d'adhésion / souscription : _____

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT / SOUSCRIPTEUR

☐ M. ☐ MME NOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRÉNOMS : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ PAYS : _____ CODE POSTAL COMPLET : _____

IDENTITÉ DU CO-ADHÉRENT / CO-SOUSCRIPTEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

☐ M. ☐ MME NOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRÉNOMS : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

☐ 1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE STANDARD

En cas de décès avant le terme de mon adhésion/contrat susmentionné(e) et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux seront versés à mon conjoint à la date du décès, à défaut à mes enfants vivants ou en cas de décès de l'un d'entre eux à ses représentants, à défaut à mes héritiers.

Pour la co-adhésion/co-souscription avec dénouement au 1er décès : en cas de décès de l'un des co-adhérents/co-souscripteurs avant le terme de l'adhésion/du contrat et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés au co-adhérent/co-souscripteur survivant à la date du décès, à défaut aux enfants vivants des co-adhérents/co-souscripteurs ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents/co-souscripteurs.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 2e décès : en cas de décès du dernier co-adhérent/co-souscripteur avant le terme de l'adhésion/du contrat et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés aux enfants vivants des co-adhérents/co-souscripteurs ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents/co-souscripteurs.

☐ 2 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOMINATIVE

Je désigne ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes. **Cocher l'option retenue : a ou b**

Bénéficiaires désignés

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS				
Nom	**Nom de naissance**	**Prénoms**	**Date de naissance**	**Lieu de naissance**
1			__/__/____	
Adresse :				
2			__/__/____	
Adresse :				
3			__/__/____	
Adresse :				
4			__/__/____	
Adresse :				

a - ☐ **par parts égales.**

☐ **Je choisis la représentation** en cas de **prédécès** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.
En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

☐ **Je ne choisis pas la représentation** en cas de **prédécès** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.
En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants ,à défaut à mes héritiers.

ou

b - ☐ **par parts différentes :** **1** ____ % + **2** ____ % + **3** ____ % + **4** ____ % = 100 %

☐ **Je choisis la représentation** en cas de **prédécès** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.
En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

☐ **Je ne choisis pas la représentation** en cas de **prédécès** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.
En cas de prédécès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants selon leur quote-part, à défaut à mes héritiers.

TSVP

☐ 3 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOTARIÉE

Je désigne comme bénéficiaire des capitaux en cas de décès la(les) personne(s) citée(s) dans la clause bénéficiaire ou dans le testament déposé(e) chez Maître (nom, prénom, nom de l'étude, adresse de l'étude), à défaut à mes héritiers.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NOM DE L'ÉTUDE : _____

ADRESSE DE L'ÉTUDE : _____

VILLE : _____ PAYS : _____ CODE POSTAL COMPLET : _____

☐ 4 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE LIBRE

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes :
(En cas de bénéficiaire(s) nommément désigné(s), indiquer le(s) nom(s), prénom(s), nom de naissance, date de naissance, lieu de naissance, adresse actuelle et répartition).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____, à défaut à mes héritiers.

Conformément aux dispositions de l'article «informatique et Libertés» des Conditions générales, de la Notice ou de la Proposition d'assurance valant note d'information, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs.

Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime en vous adressant à Cardif Assurance Vie - Service Qualité Réclamations Clients - Gestion Epargne - SH 944 - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

En cas d'acceptation antérieure selon la forme requise et notifiée à l'assureur, l'accord du bénéficiaire acceptant à la présente modification bénéficiaire sera requis au moyen d'un courrier signé par lui et joint à la présente modification. En l'absence de cet accord du bénéficiaire acceptant, Cardif Assurance Vie ne pourra exécuter la demande de modification.

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent/souscripteur* et/ou du (des) représentant(s) légal (légaux) précédée de la mention « Lu et approuvé »	**Signature du bénéficiaire acceptant****

** En cas de co-adhésion/co-souscription, la signature des deux co-adhérents/co-souscripteurs est obligatoire. Si l'adhérent/souscripteur est un majeur sous tutelle : joindre l'ordonnance du juge autorisant l'opération dans le cas de la tutelle. Si l'adhérent/souscripteur est un majeur sous curatelle : joindre la signature du curateur à celle du majeur protégé.*
***Signature indispensable pour les contrats d'assurance vie dont le bénéficiaire en cas de décès a accepté sa désignation, en tant que bénéficiaire.*

Original à adresser à votre Direction Régionale Cardif
Nous vous invitons à conserver 1 photocopie de ce Bulletin de modification, rempli et signé par le client.

POL1977 – 11/2014

Cardif Assurance Vie
SA au capital de 717 559 216 € - R.C.S. Paris 732 028 154
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 1, boulevard Haussmann 75009 Paris
Bureaux : 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex - France