



Avenant de désignation avec coordonnées du (des) bénéficiaire(s) nommément désigné(s) en cas de décès

Je soussigné(e) :

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Adhérent au contrat _____ N° _____

Désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital dû en cas de décès selon la clause suivante :

Et complète cette désignation des coordonnées du ou des bénéficiaire(s) qui sont nommément désignés :

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

L'adhérent est informé qu'il peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.
Toutefois, son attention est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Je reconnais être informé(e) que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.





Avenant de désignation avec coordonnées du (des) bénéficiaire(s) nommément désigné(s) en cas de décès

Je soussigné(e) :

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Adhérent au contrat _____ N° _____

Désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital dû en cas de décès selon la clause suivante :

Et complète cette désignation des coordonnées du ou des bénéficiaire(s) qui sont nommément désignés :

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

L'adhérent est informé qu'il peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.
Toutefois, son attention est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Je reconnais être informé(e) que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.





Avenant de désignation avec coordonnées du (des) bénéficiaire(s) nominativement désigné(s) en cas de décès

Je soussigné(e) :

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Adhérent au contrat _____ N° _____

Désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital dû en cas de décès selon la clause suivante :

Et complète cette désignation des coordonnées du ou des bénéficiaire(s) qui sont nominativement désignés :

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

M. Mme Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____ Date de naissance _____ CP de naissance _____
Commune de naissance _____ Pays de naissance _____
Adresse (N°, Rue) _____
Code postal _____ Commune _____
Rang : 1 2 Devenir : Survivant Représenté Lien : _____ Part en pourcentage : _____ %

L'adhérent est informé qu'il peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.
Toutefois, son attention est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent à faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Je reconnais être informé(e) que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.

