

Bulletin Individuel d'Adhésion Pécule de fin de carrière et prévoyance

réinventons / notre métier



N° de contrat : 2 723 205 999

Club :

1 Je m'identifie

M. Mme Nom (en majuscules)* : _____ Prénom* : _____

Nom de naissance* : _____ Date de naissance* : [][][][][][]

Adresse : _____

Code postal : [][][][] Ville : _____

Lieu de naissance* : _____ Pays de naissance* : _____ Dépt de naissance : [][]

E-mail : _____

N° de téléphone fixe : [][][][][][][] N° de téléphone portable : [][][][][][][][]

N° de sécurité sociale (sans la clé) : [][][][][][][][][][][]

Date d'adhésion : [][][][][][]

* Mentions obligatoires

2 Je désigne le(s) bénéficiaire(s) de mon compte individuel et du capital en cas de décès avant la retraite (*)

Le capital décès sera versé selon la clause type suivante :
À mon conjoint non séparé judiciairement au jour du décès, à défaut à la personne qui m'est liée par un pacte civil de solidarité (PACS), à défaut à mes enfants vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers légaux.

Je souhaite modifier la désignation du ou des bénéficiaire(s) mentionné(s) dans la clause-type ci-dessus et la remplacer par (préciser nom, prénom, date de naissance et adresse) :
Le plus grand soin doit être apporté à la rédaction de cette clause. Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, il convient de préciser le pourcentage du capital dévolu à chaque bénéficiaire ou indiquer « par parts égales ». L'utilisation de la conjonction « et » ainsi que de la locution « par défaut » ne doit entraîner aucune ambiguïté. Si vous avez réparti le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives sauf si vous précisez la mention « vivant ou représenté » après le nom du bénéficiaire.

En cas de désignation par acte notarié, j'indique le nom et les coordonnées du notaire qui a enregistré l'acte :

La désignation mentionnée ci-dessus ne sera prise en compte que si le présent document nous est retourné, daté et signé.

(*) Facultatif

3 Je prends connaissance des obligations légales

- **J'atteste** l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire ou facultatif des renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration en application de l'article L. 113-8 (nullité du contrat) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- **J'autorise** l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution du contrat d'assurance, à ses collaborateurs, intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et ses sous-traitants.
- **Je dispose** d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.

4 Je date, signe et adresse ce bulletin

Ce bulletin, daté et signé, est à adresser à :
Votre interlocuteur UNFP
après copie pour en conserver un exemplaire

Fait à : _____ Le : [][][][][][]

Signature
précédée de la mention
« lu et approuvé »