



BULLETIN DE DESIGNATION PARTICULIERE DE BENEFICIAIRE

CCN de l'enseignement privé sous contrat

Comme vous !

Garantie décès du salarié

A renvoyer à votre centre de gestion

APICIL PREVOYANCE
38 rue François Peissel
BP 47
69642 Caluire et Cuire Cedex
☎ : 04 72 27 72 72
gestion.prevoyance@apicil.com

Avertissement

➤ Si vous désirez une autre attribution que celle prévue par le régime de prévoyance conventionnel obligatoire de la **Convention Collective Nationale de l'enseignement privé sous contrat**, vous devez désigner expressément les bénéficiaires de votre choix en complétant ce document et le transmettre à l'adresse indiquée ci-dessus.

Par exemple, si vous avez des enfants de plusieurs unions, vous pouvez les désigner comme premiers bénéficiaires ou répartir le capital entre votre conjoint et vos enfants de plusieurs unions en les désignant nommément.

Vous pouvez ultérieurement modifier cette désignation, en complétant et en adressant un nouveau bulletin à votre centre de gestion APICIL ou sur papier libre, à tout moment et notamment lors d'un changement de votre situation familiale (mariage, naissance d'un enfant, séparation, divorce...) **ou lors du décès d'un bénéficiaire désigné.**

➤ **A défaut de désignation expresse de bénéficiaires**, la clause type prévue par le régime de prévoyance conventionnel obligatoire de la **Convention Collective Nationale de l'enseignement privé sous contrat** rappelée ci-dessous s'applique. **Il n'est alors pas nécessaire d'adresser ce bulletin.**

Rappel des dispositions prévues dans le cadre du régime de prévoyance conventionnel obligatoire de la CCN de l'enseignement privé sous contrat des accords des 28/06/2012 (enseignants) et 02/10/2013 (salariés cadres et assimilés et non cadres)

En l'absence de désignation expresse de bénéficiaire(s) par l'assuré ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès seront versés dans l'ordre suivant :

- en priorité, à son conjoint et assimilé*,
- à défaut, par parts égales, à ses enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) vivants ou représentés, nés ou à naître,
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux au survivant pour la totalité,
- à défaut, à ses autres ascendants vivants, par parts égales,
- à défaut à ses héritiers, selon la dévolution successorale.

En tout état de cause, la part de capital correspondant aux majorations pour personnes à charge doit rester dévolue à ceux-ci pour la part qui leur revient.

* Est considéré comme conjoint :

- le conjoint (époux ou épouse de l'assuré(e) non divorcé(e) ni séparé(e) judiciairement) ;
- le partenaire avec lequel l'assuré était lié par un pacte civil de solidarité (PACS) au moment du décès ;
- la personne vivant en concubinage depuis au moins deux ans avec l'assuré, ou sans condition de durée de vie commune lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que le concubin et l'assuré soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les concubins partagent le même domicile.

PREVOYANCE

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.

Réf. : OF - Désignation de bénéficiaires - PREV - CCN ENSEIGNEMENT PRIVE SOUS CONTRAT - 28/11/2017 - SP17/FCR0602

38 rue François Peissel
BP 47
69642 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com



Coordonnées de votre employeur	
Dénomination ou raison sociale :
Sigle :
N° Siret	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse :
Code postal :
Ville :

Identité du salarié et du ou des bénéficiaire(s)	
N° de Sécurité sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Clé _ _	Né(e) le : ____/____/____
Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom(s) :	
Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)	
Statut professionnel : <input type="checkbox"/> Cadre et assimilé* <input type="checkbox"/> Non cadre* <input type="checkbox"/> Enseignant* * tel que défini dans l'accord de branche	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Je soussigné(e)	
demande, qu'à la place des dispositions prévues dans le cadre du régime de prévoyance conventionnel obligatoire rappelées ci-dessus, le bénéfice de la garantie en cas de décès soit attribué :	
① À (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :	
.....	
.....	
② À (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :	
.....	
.....	
③ À (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :	
.....	
.....	
J'atteste que cette déclaration annule et remplace toute autre désignation faite antérieurement.	
Précision	
En cas de pluralité de bénéficiaires désignés, le capital est attribué par parts égales , sauf à préciser une autre répartition entre les différents bénéficiaires (« en % », « à défaut » s'ils viennent en rangs successifs).	
Si vous désignez vos enfants et afin qu'ils soient tous bénéficiaires du capital au jour du décès, nous vous recommandons de mentionner impérativement : « mes enfant(s) né(s) ou à naître ».	
Si c'est votre volonté, vous pouvez ajouter la mention « vivant ou représenté », afin que la part due au bénéficiaire prédécédé revienne à ses propres héritiers.	

Le salarié	
Fait à :	Le : ____/____/____
Signature précédée de la mention " <i>Lu et approuvé</i> "	

PREVOYANCE

