



## Formulaire d'opérations

# Demande de modification de la clause bénéficiaire en cas de décès

Exemplaire à compléter, signer et adresser à Cardif Assurance Vie.

Merci de compléter ces informations en majuscules.

N° de client Cardif: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° d'adhésion/contrat: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Référence de l'acte: \_\_\_\_\_

**Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance**

Numéro d'apporteur: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

## Identité de l'Adhérent/du Souscripteur (données obligatoires)

**Adhérent/Souscripteur**  M.  Mme

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom de naissance: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

à: \_\_\_\_\_ Dépt: \_\_\_\_\_

Pays de naissance (si autre que France): \_\_\_\_\_

Profession (si retraité ou inactif, ancienne profession exercée): \_\_\_\_\_

Secteur d'activité: \_\_\_\_\_

**co-Adhérent/co-Souscripteur le cas échéant**  M.  Mme

*(uniquement pour les époux mariés sous un régime comportant une clause d'avantage matrimonial et hors option PEA)*

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom de naissance: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

à: \_\_\_\_\_ Dépt: \_\_\_\_\_

Pays de naissance (si autre que France): \_\_\_\_\_

Profession (si retraité ou inactif, ancienne profession exercée): \_\_\_\_\_

Secteur d'activité: \_\_\_\_\_

(1) Paraphe indispensable pour les contrats en co-adhésion/co-souscription.

\_\_\_\_\_

**Paraphe de l'Adhérent/  
du Souscripteur**

\_\_\_\_\_

**Paraphe du co-Adhérent/  
co-Souscripteur<sup>(1)</sup>**  
(le cas échéant)

# Désignation des bénéficiaires

**CHOIX 1: Je désigne le ou les bénéficiaires de manière nominative.**

Je désigne comme bénéficiaire de mes capitaux en cas de décès :

**- le ou les bénéficiaires physiques ci-dessous :**

*(Il est nécessaire de renseigner toutes les cases)*

Répartition	
En %	À parts égales
_____ %	<input type="checkbox"/>
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	
_____ %	

1- **Personne physique**

Nom de naissance	Nom d'usage (si différent)	Prénoms
M. <input type="checkbox"/>		
Mme <input type="checkbox"/>		
Date de naissance: ___/___/___	Lieu de naissance	Ville: _____ Département: _____ Pays: _____
Adresse actuelle: N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____		

2- **Personne physique**

Nom de naissance	Nom d'usage (si différent)	Prénoms
M. <input type="checkbox"/>		
Mme <input type="checkbox"/>		
Date de naissance: ___/___/___	Lieu de naissance	Ville: _____ Département: _____ Pays: _____
Adresse actuelle: N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____		

3- **Personne physique**

Nom de naissance	Nom d'usage (si différent)	Prénoms
M. <input type="checkbox"/>		
Mme <input type="checkbox"/>		
Date de naissance: ___/___/___	Lieu de naissance	Ville: _____ Département: _____ Pays: _____
Adresse actuelle: N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____		

4- **Personne physique**

Nom de naissance	Nom d'usage (si différent)	Prénoms
M. <input type="checkbox"/>		
Mme <input type="checkbox"/>		
Date de naissance: ___/___/___	Lieu de naissance	Ville: _____ Département: _____ Pays: _____
Adresse actuelle: N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____		

**- La ou les associations, fondations ou congrégations ci-dessous :**

*(Il est nécessaire de renseigner toutes les cases)*

1- **Raison sociale**

Raison sociale	Adresse
	N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____

2- **Raison sociale**

Raison sociale	Adresse
	N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____

3- **Raison sociale**

Raison sociale	Adresse
	N°: _____ Nom de voie: _____ Code postal: _____ Ville: _____ Pays: _____

**Total de la répartition = 100 %**

(1) Paraphe indispensable pour les contrats en co-adhésion/co-souscription.

Paraphe de l'Adhérent/  
du Souscripteur

Paraphe du co-Adhérent/  
co-Souscripteur<sup>(1)</sup>  
(le cas échéant)

# Désignation des bénéficiaires (suite)

## En cas de précédès ou de renonciation

Dans le cas où un(ou plusieurs) bénéficiaire(s) désigné(s) viendrait(aient) à décéder avant vous ou renoncerait(aient) au bénéfice du contrat, vous devez choisir à qui reviendrait sa part.

Afin de finaliser la rédaction de votre clause choix 2, merci de sélectionner l'option souhaitée :

**Je choisis « la représentation » :**

Dans le cas où un(ou plusieurs) bénéficiaire(s) désigné(s) viendrait(aient) à décéder avant vous ou renoncerait(aient) au bénéfice du contrat, sa part irait directement à ses représentants\*, à défaut à vos héritiers.

\* Les représentants sont ici, uniquement les héritiers en ligne descendante du bénéficiaire, c'est-à-dire, ses enfants, ses petits-enfants...

**Je choisis « les autres bénéficiaires » :**

Dans le cas où un(ou plusieurs) bénéficiaire(s) désigné(s) viendrait(aient) à décéder avant vous ou renoncerait(aient) au bénéfice du contrat, sa part serait répartie entre les autres bénéficiaires déjà identifiés, au prorata de la part attribuée **initialement** à chacun, à défaut entre vos héritiers.

**Je choisis « mes héritiers » :**

Dans le cas où un(ou plusieurs) bénéficiaire(s) désigné(s) viendrait(aient) à décéder avant vous ou renoncerait(aient) au bénéfice du contrat, sa part irait directement à vos héritiers

**CHOIX 2: J'ai déposé une clause bénéficiaire chez un notaire.**

Pour que ce type de clause soit valide, le notaire doit être en possession du nom de la compagnie d'assurance Cardif, du numéro de contrat et de l'identité complète du ou des bénéficiaire(s) du contrat d'assurance vie.

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), à défaut à mes héritiers.

Nom du notaire: \_\_\_\_\_ Prénom du notaire: \_\_\_\_\_

Nom de l'étude: \_\_\_\_\_

Adresse de l'étude: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays: \_\_\_\_\_

**CHOIX 3: Je choisis la clause bénéficiaire standard.**

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

Pour la co-adhésion/co-souscription avec dénouement au premier 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 à la date du décès ou en cas de précédès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-Adhérents/co-Souscripteurs.

Pour la co-adhésion/co-souscription avec dénouement au second 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 précédès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-Adhérents/co-Souscripteurs.

**CHOIX 4: Aucune des clauses ci-dessus ne correspond à mes souhaits.**

Je choisis de désigner, en tant que bénéficiaire, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

à défaut mes héritiers.

## Signature(s)

Merci d'adresser ce document sans omettre de le signer, à votre correspondant habituel. À réception de ce document par Cardif, un avenant doit vous être adressé dans un délai maximum de 3 semaines. Si ce n'était pas le cas, veuillez nous le signaler.

Fait à: \_\_\_\_\_, le: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature de l'Adhérent/du Souscripteur**  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Signature du co-Adhérent/co-Souscripteur<sup>(1)</sup>**  
(le cas échéant)  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Signature du bénéficiaire acceptant<sup>(2)</sup>**

(1) En cas de co-adhésion/co-souscription, les Adhérents/Souscripteurs déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (avance, rachat, modification du (des) bénéficiaire(s)) liées à ce contrat est soumis à leur co-signature.

(2) Si votre contrat d'assurance vie a déjà été officiellement accepté par votre/vos bénéficiaires, vous ne pouvez pas procéder à la modification de celui-ci sans la signature du bénéficiaire acceptant, conformément à l'article L. 132-9 du Codes des assurances. Si vous êtes dans cette situation, le bénéficiaire acceptant doit co-signer ce formulaire. **N'hésitez pas à vous rapprocher de votre correspondant habituel pour comprendre les démarches à effectuer.**

### Cardif Assurance Vie

SA au capital de 719 167 488 € - RCS 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

