

ATTENTION : Tout imprimé raturé, chargé, faisant apparaître plusieurs écritures ou l'utilisation de stylos différents, incomplet, non daté ou non signé ne pourra être pris en compte par les services de gestion Chorum et sera retourné au salarié.

MERCI D'ÉCRIRE EN
LETTRES CAPITALES

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom d'usage :
 Nom de naiss :
 Prénom :
 Date de naissance : | J | J | M | M | A | A |
 N° S.S. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Raison Sociale :
 Adresse :
 CP : Ville :

3 CLAUSE DE DÉLÉGATION

Je désigne comme bénéficiaire du capital garanti en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive :

Nom de l'organisme prêteur :

Adresse de l'organisme :

à concurrence des sommes restant dues en remboursement du prêt n° consenti le | J | J | M | M | A | A |
 d'un montant initial de (en chiffres et en lettres)

Le solde éventuel devra être versé à :

MERCI D'ÉCRIRE EN
LETTRES CAPITALES

4 COORDONNÉES DE L'ASSURÉ

Adresse :
 CP : Ville :
 Tél. :
 Email :

La Mutuelle CHORUM n'est engagée, sous réserve que l'assuré soit toujours affilié à la date du décès, que dans la limite du capital garanti, en application des Conditions Générales du contrat de prévoyance collective souscrit par l'employeur, à l'exclusion des éventuelles majorations familiales qui reviennent exclusivement aux personnes à charge. La Mutuelle CHORUM ne pourra en aucun cas être tenue responsable des conséquences d'une radiation de l'assuré non signalée au bénéficiaire.

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées à l'usage interne de la mutuelle. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition par simple courrier à l'adresse ci-contre.

5 Je soussigné(e)
 atteste qu'aucune désignation antérieure n'a fait l'objet d'une acceptation par l'un quelconque du ou des bénéficiaires désignés précédemment et prends acte que la présente désignation rend nulle de plein droit toute désignation antérieure.

Signature de l'assuré :
 précédée de la mention "Bon pour délégation"

Date

6 Cachet et signature
 de l'organisme prêteur

Date

7 Cachet et signature
 de la Mutuelle CHORUM

Date