



Accord National des salariés non cadres en agriculture

- BULLETIN DE DÉSIGNATION
- BULLETIN DE MODIFICATION

À remplir par le salarié en lettres capitales au stylo noir.

→ Identification de l'entreprise

Numéro SIRET\* :

Code client Agrica (si déjà client) :

Raison sociale :

\* Information disponible sur votre bulletin de paie.

→ Identification du salarié

N° Sécurité sociale :

Code client Agrica (si déjà client) :

Nom d'usage :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal :  Ville : .....

→ Liste du (des) bénéficiaire(s) du Capital décès

• Dans le cadre de nos obligations issues de la loi ECKERT et afin de permettre le versement des sommes dans les meilleures conditions, veuillez nous tenir informés en cas :

- de changement de coordonnées vous concernant, ou concernant votre (vos) bénéficiaire(s);
- ou d'évolution de votre situation familiale.

**Attention :** Pensez à mettre à jour votre clause de désignation libre ou les informations transmises dans le cadre de la clause type.

**Vous souhaitez choisir, de manière libre, vos bénéficiaires : le capital décès sera versé au(x) bénéficiaire(s) suivant(s), personne(s) physique(s), membre(s) de votre famille ou non, selon la répartition ci-dessous.**

	Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2	Bénéficiaire 3	Bénéficiaire 4**
Nom d'usage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et lieu de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Répartition du capital en %*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* La répartition du capital ne doit pas excéder 100 %.

\*\* Si le nombre de vos bénéficiaires est supérieur à 4, merci de nous transmettre les informations les concernant sur papier libre ainsi que le pourcentage du capital que vous souhaitez leur attribuer.

**Si l'une des personnes désignées est décédée au jour du décès du salarié, la part de capital est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective dans le capital décès. En cas de décès de l'ensemble des bénéficiaires désignés, le capital décès, à l'exception des majorations pour enfant à charge, est attribué selon l'ordre de dévolution successorale.**

**Par défaut, vous bénéficiez de la clause de désignation de bénéficiaire prévue par l'Accord National des salariés non cadres en Agriculture.**

Le capital décès sera versé dans son intégralité en premier lieu, aux bénéficiaires indiqués dans l'ordre de priorité suivant :

- **à ses ayants droit :**
  - **au conjoint, pacsé, concubin ;**
  - **aux enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin ;**
  - **aux enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;**
  - **aux ascendants à charge.**
- **à défaut, aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.**

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées ou à leur représentant légal.

**Cette clause s'applique automatiquement.**

Afin de faciliter l'identification de vos bénéficiaires, nous vous remercions de bien vouloir préciser les renseignements demandés ci-dessous concernant votre conjoint, vos descendants, vos ascendants et autres personnes physiques susceptibles de bénéficier du capital décès.

	Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2	Bénéficiaire 3	Bénéficiaire 4
Nom d'usage				
Prénom				
N° Sécurité sociale				
Date et lieu de naissance				
Adresse				

→ **Déclaration et information du salarié**

Je déclare les réponses consignées ci-dessus complètes et conformes à la vérité et certifie n'avoir rien caché ou dissimulé qui puisse tromper l'Institution de prévoyance AGRI PRÉVOYANCE.

Fait à : .....

Le .....

Signature

**Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais :**

- Avoir pris connaissance du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, du droit d'accès et de rectification des informations personnelles, auprès du Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08 – ou par courriel à l'adresse suivante : [cnil.blf@groupagric.com](mailto:cnil.blf@groupagric.com) ;
- Que les destinataires des données personnelles sont des personnes habilitées à traiter les opérations, soit collaborateurs, soit intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés à savoir son distributeur et ses délégataires de gestion, dont la MSA ;
- Que les données recueillies par l'Institution ou pour son compte par son distributeur ou ses délégataires de gestion dont la MSA, lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AGRICA à des fins de communication commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

**Document à retourner complété et signé à :**

**AGRI PRÉVOYANCE**  
**21, rue de la Bienfaisance**  
**75382 Paris Cedex 08**

Il n'est pas prévu d'informer en retour de la bonne réception de ce document.