

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 : Célibataire Marié Veuf Divorcé Autres (à préciser)

Adresse :

Code postal : Ville :

Je soussigné(e)**demande, qu'en annulation 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 :**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 %).

① **A** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :.....
.....② **A** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :.....
.....③ **A** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :.....
.....

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites au présent formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Le salarié

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature précédée de la mention "*Lu et approuvé*"