





### 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 défaut** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :

.....  
.....

③ **A défaut** (Nom, Prénoms, date et lieu de naissance, adresse) :

.....  
.....

Je déclare accepter que la (les) désignation(s) ci-dessus devienne(nt) caduque(s) en cas de mariage, remariage, de séparation de corps ou de divorce.

Dans les deux derniers cas, cette disposition prend effet à la date à laquelle le jugement ou l'arrêt prononçant la séparation de droit ou le divorce devient définitif.

A défaut d'une nouvelle désignation expresse de ma part, ce sont les dispositions prévues dans le cadre du régime conventionnel obligatoire qui s'appliqueront.

Il en sera de même en cas de disparition du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) ci-dessus.

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"