

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.

Le salarié

Fait à :

Le : ____/____/____

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

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.