ASAC FAPES

Votre demande est à adresser à ASAC FAPES
31 rue des Colonnes du Trône - 75603 Paris cedex 12
relationadherent@asac-fapes.fr

ER2
CODE PRODUIT 65200

CONTACTEZ-NOUS
01 44 67 25 00

ER2 MODIFICATION DE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

Réf. Adhésion : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1 I JE SOUSSIGNÉ(E)

1 I ADHÉRENT / ASSURÉ

ÉTAT CIVIL

☐ M. ☐ Mme

Nom : _

Prénom : _

Nom de naissance : _

Date de naissance : ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Lieu de naissance : _ Dept.: ⌊_⌊_⌋

Pays de naissance : _

Adresse : _

_ _

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CONTACT

Tél. : _

1 I CO-ADHÉRENT / CO-ASSURÉ

ÉTAT CIVIL

☐ M. ☐ Mme

Nom : _

Prénom : _

Nom de naissance : _

Date de naissance : ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Lieu de naissance : _ Dept.: ⌊_⌊_⌋

Pays de naissance : _

Adresse : _

_ _

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CONTACT

Tél. : _

E-mail : _

2 I DÉSIGNATION DU (DES) BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS — de manière lisible et en lettres majuscules —

Lorsque la clause est nominative les nom, prénom, nom de naissance, date et lieu de naissance et, le cas échéant, lien de parenté avec l'assuré ainsi que l'adresse du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) doit(vent) être indiqués. Ces informations seront utilisées par l'Assureur afin d'identifier et d'entrer en relation avec le(s) bénéficiaire(s) de votre contrat.

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _