

AVENANT MODIFICATIF

N° Dossier :

Date d'effet : ---/---/-----

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

Matricule CNT ou CMR : N° CIN :

Affilié(e) au GASUP désire apporter les modifications suivantes :

CARACTERISTIQUES GENERALES

Nouvelle adresse :

Nouvel établissement :

Tél. : Adresse mail :

RETRAITE COMPLEMENTAIRE

Nouvelle cotisation : DHS Ancienne cotisation : DHS

Nouveau(x) bénéficiaire (s) en cas de décès :

ASSURANCE DECES INVALIDITE TOTALE ET DEFINITIVE

Nouveau capital assuré : DHS

Nouvelle option (cochez l'option désirée) : Option Simple : ☐ Option Double : ☐

Nouvelle cotisation : DHS

Nouveau(x) bénéficiaire(s) en cas de décès :

COMPTE AVENIR JEUNE

Nouveau(x) bénéficiaire(s) en cas de décès simultané de l'adhérent et de l'enfant :

Changements relatifs aux enfants bénéficiaires de la prestation :

Nom et Prénom	Ancienne Cotisation	Nouvelle Cotisation	Apport(s) exceptionnel(s)
.....
.....
.....
.....

EPARGNE MUTUELLE

Nouvelle cotisation : DHS Ancienne cotisation : DHS

Nouveau(x) bénéficiaire (s) en cas de décès :

Cachet et Visa de la Mutuelle

Fait à Le:...../...../.....

Signature Adhérent :