

**Assurance facultative complémentaire – Salariés à temps partiel  
Résiliation des garanties de Prévoyance Décès - Incapacité - Invalidité**

**A COMPLETER PAR LE SALARIE**

M.  Mme  Mlle  NOM ..... Prénom : .....  
NOM de jeune fille : ..... Date de naissance : .....  
N° D'IMMATRICULATION SECURITE SOCIALE : [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TELEPHONE : ..... ADRESSE MAIL : .....

**A COMPLETER PAR L'ENTREPRISE**

Date d'effet de la résiliation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Motif de la résiliation :**

- Reprise du travail à temps complet**
- Renonciation au bénéfice de ces garanties facultatives en cours de période de travail à temps partiel**  
La renonciation présente un caractère définitif et irrévocable pour toute la durée du temps partiel (à taux d'activité réduit inchangé).
- Départ en retraite**
- Autre motif : (précisez)** \_\_\_\_\_

---

**Le présent document est à adresser à votre Service RH**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet de la société

Signature de l'assuré  
(précédée de la mention « Lu et Approuvé »)