



Mutuelle d'Assurance des Armées

## Modification de la clause bénéficiaire

Je soussigné(e)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

titulaire de ou des adhésion(s)

N° : .....

désigne comme nouveaux bénéficiaires à compter  
de ce jour :

.....  
.....  
.....  
.....

..... à défaut, mes héritiers.

Fait à .....

le : .....

Signature de l'adhérent(e)