

**MAINTIEN FACULTATIF DE LA GARANTIE DECES  
DE L'IPBP SUR LE TRAITEMENT A TEMPS PLEIN**

**A COMPLETER PAR L'AGENT**

Je soussigné(e) ..... demande à bénéficiaire  
du maintien de la garantie décès de l'IPBP pendant toute la période de mon congé\*,  
soit du ..... au ..... inclus.

Je m'engage à régler d'avance la cotisation relative à cette période dont le montant  
me sera notifié par l'IPBP.

Fait à .....

Le .....

SIGNATURE :

**\*La période de garantie doit débuter au premier jour d'un mois et se terminer  
au dernier jour d'un mois.**

**A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

Cumul des traitements bruts des douze derniers mois précédent l'arrêt de travail  
.....

Fait à .....

Le .....

**SIGNATURE ET CACHET DE L'ETABLISSEMENT :**