



DEMANDE D'ADHÉSION DU CONJOINT À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

NOM :

PRÉNOM :

N° de sécurité sociale :

Vous souhaitez l'inscription à cette garantie.

Cette demande doit être adressée à notre mutuelle avant votre 45^e anniversaire

Cette inscription est subordonnée à l'accord préalable de la Caisse Nationale de Prévoyance (C.N.P), organisme assureur de la Mutuelle auquel sera transmis le questionnaire médical ci-joint.

Nous vous remercions de répondre par oui ou par non à toutes les questions.

Toute réponse positive doit être complétée par des renseignements précis (date, durée et nature des maladies).

CAPITAL À
GARANTIR :

7700 €

15300 €

30500 €

45800 €

BÉNÉFICIAIRES :

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

____|____|____|____|____|____|

____|____|____|____|____|____|

____|____|____|____|____|____|

____|____|____|____|____|____|

À

le

Signature

La désignation de vos bénéficiaires :

- L'assuré désigne les bénéficiaires du capital décès en précisant de façon manuscrite les noms, nom de jeune fille, prénom et date de naissance, et éventuellement la fraction du capital revenant à chacun. En l'absence de cette dernière indication, le capital sera divisé en parts égales entre les bénéficiaires désignés.
- **À défaut de désignation** expresse de l'intéressé, le capital est versé dans l'ordre de préférence suivant :
 - 1/ à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ;
 - 2/ à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant ;
 - 3/ à défaut, à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant (s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux ;
 - 4/ à défaut aux autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux