



DEMANDE D'ADHÉSION 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 :

Simple*

Double*

Triple*

BÉNÉFICIAIRES :

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

À

le

Signature

*** Le capital garanti est fixé sur la base de votre rémunération annuelle (salaires, heures supplémentaires, Primes). SIMPLE = 1 année de rémunération, DOUBLE = 2 années, TRIPLE = 3 années.**

La désignation de vos bénéficiaires :

- Le membre participant 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