



N° de sécurité sociale de l'adhérent à la M.C.F. :

NOM :  
PRÉNOM :  
N° de sécurité sociale :

## DEMANDE D'ADHÉSION DU CONJOINT À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS

Vous souhaitez l'inscription à cette garantie.

Cette demande doit être adressée à notre mutuelle avant votre 45<sup>ème</sup> anniversaire. Je vous précise que 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 que vous devez impérativement et obligatoirement remplir, en répondant 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  
Signature le

La désignation de vos bénéficiaires :

§1. Le conjoint **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 ; à défaut de cette dernière indication, le capital sera divisé en parts égales entre les bénéficiaires désignés. Dans le cas où les bénéficiaires auraient été numérotés, le premier bénéficiaire vivant au moment du décès du membre participant recevrait alors la totalité du capital.

§2. **À défaut de désignation** expresse de l'intéressé, le capital est versé dans l'ordre de préférence suivant :

- au conjoint non séparé de corps ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré par parts égales ;
- à défaut, aux père et mère de l'assuré ;
- à défaut, aux ayants droit de l'assuré ;
- à défaut, à la Mutuelle Centrale des Finances.