

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION OU DE MODIFICATION

1. PARTICIPANT

Mr M^{me} M^{lle}

Nom : Prénom :

Date de naissance : J M A N° SS :

Adresse :

Code postal Ville Tel.

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
Séparé(e) Veuf(ve) Concubin(e)

Date d’entrée dans l’entreprise ou dans la catégorie : J M A

Si le présent document est complété en vue de modifier la désignation des bénéficiaires (encadré ci-dessous) ou le choix d’option (encadré ci-contre), à quelle date souhaitez-vous cette modification : J M A

3. CLAUSE DE BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

CLAUSE BENEFICIAIRE PREVUE AU CONTRAT : Le capital garanti en cas de décès du Participant est versé en premier lieu, au conjoint survivant du Participant non séparé de droit ou de fait, à défaut, aux enfants nés ou à naître ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut, aux père et mère du Participant, par parts égales ou au survivant d’entre eux, à défaut, aux autres ascendants du Participant, par parts égales entre eux, à défaut, aux héritiers du Participant. Sous réserve de dispositions contraires prévues par la loi, à tout moment, le Participant peut modifier l’ordre ci-dessus par un avis écrit adressé au siège social de l’Institution (voir clause spécifique si enfants à charge et bénéficiaires du capital qui n’assume pas effectivement la garde des enfants).

Clause particulière :

Si vous souhaitez une désignation de bénéficiaires différente, veuillez remplir la partie ci-dessous. Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, portez la mention : « à défaut » entre chacun d’eux s’ils viennent en rangs successifs, « par part égale » ou le pourcentage choisi s’ils sont désignés conjointement.

Nom : Prénom : Né(e) le à (code postal) (Ville)

Nom : Prénom : Né(e) le à (code postal) (Ville)

Nom : Prénom : Né(e) le à (code postal) (Ville)

Nom : Prénom : Né(e) le à (code postal) (Ville)

2. CHOIX DE GARANTIES DECES

Le régime auquel vous adhérez offre différentes possibilités. En matière de garantie Décès, vous avez le choix entre 4 options :

- **Option 1** : Capital Décès + Double effet + Pré-décès + Rente de Conjoint
- **Option 2** : Capital Décès Minoré + Double effet + Pré-décès + Rente de Conjoint + Rente Éducation
- **Option 3** : Capital Décès Minoré + Double Effet + Pré-décès+ Rente Éducation Majorée
- **Option 4** : Capital Décès Minoré + Capital Incapacité Permanente Partielle Accidentelle

• Si vous souhaitez exercer votre choix :

Je choisis : • l’option 1 • l’option 2
• l’option 3 • l’option 4

Attention, votre choix sera automatiquement annulé lors des changements de situation de famille suivants : décès, divorce, séparation de droit, veuvage naissance du 1^{er} enfant

En l’absence de choix, au moment du décès le bénéficiaire ou à défaut les enfants à charge dans la mesure où ils seraient les seuls bénéficiaires peuvent choisir l’option la plus adaptée à la situation

Je soussigné(e), demande à bénéficier des garanties accordées à la catégorie de personnel à laquelle j’appartiens par le contrat groupe mentionné ci-dessus. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d’information de ce régime.

La Loi N° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, s’applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit le droit d’accès et de rectification, pour des données vous concernant, auprès du Centre de gestion.

Fait à....., le : J M A

Signature de la personne à assurer

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cachet de l’entreprise