



BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION  OU DE MODIFICATION

### 1. PARTICIPANT

M<sup>r</sup>  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

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

### 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<sup>er</sup> 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

### 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)

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**