

Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance décès

Membre bénéficiaire



A remplir par l'assuré et le membre participant et à retourner à l'association

1. M. Mme Mlle	Nom : _____	Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____	Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Adresse personnelle : _____		

Si vous avez plus de 50 ans à la date de la demande d'adhésion et que vous ne vous pouvez répondre à la déclaration d'état de santé (voir au verso), veuillez remplir le questionnaire de santé joint.

2. Bénéficiaire du capital décès (cocher la formule retenue)

- selon la formule générale « le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ; à défaut au partenaire de PACS (celui-ci ayant toujours cette qualité au moment du décès) ; à défaut aux descendants vivants ou représentés ; à défaut aux ascendants ; à défaut aux héritiers conformément aux principes du droit des successions ».
- formule particulière (à préciser) :

3. Déclare adhérer au contrat d'assurance décès pour un capital d'un montant de : (entourer le capital choisi)

15 000 €	30 000 €	45 000 €
----------	----------	----------

Je déclare :

- avoir pris connaissance de la notice d'information AMMPAN Décès et en avoir accepté les termes,
- avoir lu et compris chacune des déclarations,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner l'AMMPAN ou à MFPrévoyance SA dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître que toute réticence ou déclaration inexacte qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité du contrat et la déchéance des garanties AMMPAN Décès sans remboursement des cotisations déjà versées.
- autoriser l'AMMPAN et MFPrévoyance SA à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités.

À le
Signature précédée de la mention «lu et approuvé».

Je soussigné(e), membre participant : _____
Identification Assemblée nationale : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

autorise le responsable de gestion du contrat à procéder au prélèvement des primes d'assurance sur mon traitement ou mes arrérages de retraite selon les décisions de l'Assemblée générale de l'AMMPAN. A défaut de précompte, je m'engage à acquitter les primes annuellement ou mensuellement par prélèvement automatique (les frais de prélèvement étant à ma charge). Le défaut de paiement entraîne la suspension du contrat.

À le
Signature précédée de la mention «lu et approuvé».

Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données de MFPrévoyance SA vous concernant, pouvant s'exercer auprès de votre Association ou de MFPrévoyance SA.

Déclaration d'état de santé

Je déclare sur l'honneur :

- Que la différence entre mon poids en kilos et ma taille en centimètres diminuée de 100 est inférieure à 15 (exemple d'une personne pesant 80 kgs pour une taille de 1m75 : $80-75 = 5$, chiffre inférieur à 15),
- Ne pas être en arrêt de travail ou avoir été en arrêt de travail plus de 30 jours au cours des 5 dernières années,
- Ne pas avoir de traitement ou de surveillance médicale en cours et ne pas avoir subi un traitement de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années,
- Ne pas bénéficier ou avoir bénéficié d'une prise en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée,
- Ne pas avoir subi de traitement par radiothérapie, curiethérapie, cobalthérapie ou chimiothérapie,
- Ne pas avoir été hospitalisé plus de dix jours au cours des 5 dernières années,
- Ne pas avoir bénéficié d'une transfusion sanguine ou avoir subi des tests de dépistage HIV ou Hépatite B ou Hépatite C dont le résultat est positif,
- Ne pas être atteint d'une maladie chronique, d'un handicap ou de séquelles de maladie ou d'accident,
- Ne pas devoir être hospitalisé ou bénéficier d'examen autres que de prévention dans l'année.

À le

Signature précédée de la mention «lu et approuvé».