

Bulletin d'adhésion Contrat MUDUO MI-01

A remplir par l'Adhérent et l'Assuré (le conjoint) et à retourner à la Mutuelle

A remplir par l'adhérent

M. Mme M^{elle} Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de Naissance :

Mutuelle d'appartenance :

A remplir par le conjoint

M. Mme M^{elle} Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de Naissance :

Vie commune Mariage Date du mariage :

Adresse :

Votre conjoint a moins de 45 ans, il doit remplir ce bulletin et lire la déclaration d'état de santé ci-jointe. S'il ne peut la signer, il devra remplir un questionnaire de santé.

Votre conjoint a plus de 45 ans, il doit remplir ce bulletin et le questionnaire de santé ci-joint et placer le tout sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de MFPrévoyance.

I. Bénéficiaire du capital décès (le conjoint doit indiquer son choix par une croix, à défaut la 1^{ère} formule s'appliquera)

La formule générale :

« le membre participant preneur d'assurance, à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1^{er} degré, à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, à défaut, ma Mutuelle.»

La formule particulière (à préciser) :

.....
.....
.....

2. Déclaration conjointe

Nous déclarons :

- avoir reçu une notice d'information du contrat MUDUO et en avoir accepté les termes,
- avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner la Mutuelle ou MFPrévoyance dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître que toute réticence ou déclaration inexacte qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat sans remboursement des cotisations déjà versées,
- nous engager à signaler toute modification de l'état de santé qui surviendrait d'ici la date d'effet de l'adhésion au contrat MUDUO,
- autoriser la mutuelle et MFPrévoyance à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités.

A le

Signature de l'adhérent, preneur d'assurance

Signature du conjoint, l'assuré