

**Souscrit auprès de l'Institution de prévoyance
CAPAVES PRÉVOYANCE**

Nom et prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Code postal : Ville :
Courriel :	N° de Sécurité Sociale :
N° de Téléphone :	Date d'effet demandée : / /

Garanties décès et cotisations des adhérents : (Cochez l'option choisie)

Capital	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	80 000 €	100 000 €
Options	<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> Option 2	<input type="checkbox"/> Option 3	<input type="checkbox"/> Option 4	<input type="checkbox"/> Option 5	<input type="checkbox"/> Option 6	<input type="checkbox"/> Option 7

Cotisation mensuelle

50 à 59 ans	14 €	20 €	26 €	32 €	38 €	58 €	78 €
60 à 64 ans	15 €	21 €	27 €	33 €	39 €	62 €	82 €
65 à 69 ans	16 €	22 €	28 €	34 €	40 €	66 €	86 €
70 à 74 ans	17 €	23 €	29 €	35 €	41 €	70 €	90 €
75 à 80 ans	18 €	24 €	30 €	36 €	42 €	75 €	95 €

Désignation de bénéficiaire

En cas de décès de l'assuré, le contrat prévoit le versement d'un capital décès dont le montant dépend de l'option choisie par l'adhérent à la date de souscription. Ce capital est versé par priorité :

- au conjoint survivant de l'assuré, non séparé judiciairement, ni divorcé,
- à défaut, aux descendants, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants, à défaut à ses frères et sœurs,
- à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ayants droit, par parts égales entre eux.

Toutefois, si l'assuré souhaite une clause ou un bénéficiaire différents, il l'indique ci-dessous et mentionne, le cas échéant les noms, prénoms,

date et lieu de naissance des bénéficiaires :

.....

Je demande à être admis(e) à l'assurance groupe souscrite par l'Association des Equipages de Cabine dans les conditions définies par le contrat et reprise par la notice résumant celles-ci dont un exemplaire émis par l'assureur m'a été remis par l'A.E.C.

Fait à : Le :

Signature (précédée de la mention : lu et approuvé :