

**DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHESION
A L'ASSURANCE GROUPE**

--	--	--	--

**N° d'adhésion
Réservé à Macir Vie**

PRIERE DE REMPLIR CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES

CONTRACTANT (SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE GROUPE)

Nom / Raison Sociale :

Adresse :

Police N°

Réservé à Macir Vie

Certificat N°

Délivré le

Effet de l'adhésion : / /

ADHERENT

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : ___ / ___ / ___

Sexe : Masculin Féminin

Adresse personnelle :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge (Au sens des allocations familiales) :

Indiquez les noms et dates de naissance des enfants à charge au sens des allocations familiales :

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance

Lieu de travail : Fonction :

Date d'entrée en service : Salaire annuel et/ou capital garanti :DZD

Je soussigné(e), demande à être bénéficiaire de l'assurance groupe contractée par, l'autorisant ainsi à souscrire sur ma tête une assurance en cas de décès, pour un capital dont le montant est défini par le contrat, et approuve les conditions générales et particulières de la police d'assurance.

BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES (1) :

Je désigne comme bénéficiaire(s) du capital en cas de décès :

Nom - Prénom (lien éventuel de parenté) :

Le contrat prévoit que les bénéficiaires du capital sont ceux cités ci-dessus.

Pouvant être désignés nommément ou par leur seule qualité : conjoint, enfants, etc.