



## Demande d'étude personnalisée Mut' Décès

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Téléphone :

Email :

Date d'adhésion souhaitée :

---

Situation de famille :

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Union Libre  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Doublement du capital décès en cas d'accident :  Oui  Non

**Nombre d'enfants à charge** (Moins de 18 ans) :

.....

*Vous devez nous indiquer le nombre d'enfants à charge fiscalement*

**Sélectionnez le niveau souhaité pour votre capital en cas de Décès**

10352 €  20704,06€  31056,09€  41408,12€  51760,15€

**Sélectionnez le niveau souhaité pour la rente éducation qui sera versée mensuellement par enfant.**

0 €  103,52 €  207,04€  362,32 €  517,60 €

**Nom Prénom de l'enfant :**

**Date de Naissance :**

**Numéro de Sécurité Sociale :**