

BULLETIN D'ADHÉSION

AU CONTRAT OBSÈQUES N° 9689 ET AU CONTRAT FILASSIST OBSÈQUES N° Fo5 O 0088

BA N°

ZONE RÉSERVÉE N° DE CONTRAT



Une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité) doit obligatoirement être jointe à la demande d'adhésion. Par ailleurs, pensez à faire un chèque à l'adhésion, par personne, représentant 3 mensualités, à l'ordre de CNP Assurances.

N° de CMCAS NIA

ADHÉRENT ET ASSURÉ

 AGENT CONJOINT CONCUBIN PACS ASCENDANT

Qualité civile

 M. M^{me} M^{lle}

Nom de naissance

Nom marital

Prénoms

Date de naissance

Lieu de naissance

Dpt.

N° de téléphone

(facultatif)

Adresse e-mail

(facultatif)

ADRESSE DU SOUSCRIPTEUR

N°, rue

Résidence, appt, bât.

Lieu-dit

Code postal

 Commune

Profession

Nationalité

CHOIX DU MONTANT DE GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

Capital 1 1 500 €Capital 2 3 000 €Capital 3 4 500 €

PAIEMENT DES COTISATIONS

. Je remets ce jour un chèque qui correspond à mon versement de cotisation d'adhésion, soit : _____ €.

. Les cotisations suivantes seront prélevées sur mon compte bancaire ou postal.

Les prélèvements périodiques auront lieu le 8 du mois.

Je choisis le prélèvement trimestriel ou mensuel, soit un prélèvement de : _____ €

Si prélèvement mensuel, minimum de perception = 10 €

. J'autorise CNP Assurances à prélever et je complète l'autorisation de prélèvement ci-après et y joins un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal.

BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, je désigne comme bénéficiaire(s) (cocher la case de votre choix). Le versement en 48 h du capital garanti est subordonné à la désignation d'un bénéficiaire unique et identifié nommément.

La personne physique ou l'entreprise de pompes funèbres ayant financé ou pris en charge mes obsèques, à hauteur des frais engagés, le solde revenant à mon conjoint, à défaut par parts égales à mes enfants nés ou à naître, à défaut par parts égales à mes héritiers.

M _____ Nom, prénom, _____ né(e) le, _____ à défaut mes héritiers par parts égales.

Mon conjoint, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mes héritiers par parts égales.

DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT

- . J'adhère au contrat collectif Contrat Obsèques et au Contrat Filassist Obsèques souscrits par la CCAS auprès de CNP Assurances et Filassistance International.
- . Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.
- . Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.
- . Lorsque les contrats sont vendus à distance, j'autorise expressément CNP Assurances et Filassistance International à exécuter les contrats avant l'expiration du délai de renonciation.
- . Je reconnais avoir été informé qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire, sa désignation devient irrévocable et que je devrai recueillir l'accord préalable du bénéficiaire acceptant pour toutes les opérations sur mon adhésion au contrat d'assurance, notamment pour les demandes de rachat ou de changement de bénéficiaire.
- . Je reconnais avoir pris connaissance et rester en possession, en application des articles L. 132-5-3, A. 132-4 et L. 141-4 du Code des assurances de la Notice d'information au contrat d'assurance de groupe Contrat Obsèques n° 9689 G et au Contrat Filassist Obsèques n° F05 O 0088 comprenant :
 - les dispositions essentielles des contrats ;
 - les conditions d'exercice de la faculté de renonciation ;
 - un modèle de lettre de renonciation.

J'ai été informé que des informations complémentaires me seront communiquées dans le certificat d'adhésion qui me sera adressé ultérieurement. Je confirmerai la réception de ces informations en renvoyant à CNP Assurances le coupon-réponse qui y sera joint. Si ces informations ne me sont pas parvenues dans les 3 semaines suivant la date d'envoi de ma demande d'adhésion, je prendrai contact avec le Cabinet PREVERE, dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous.

. Je peux renoncer à mon adhésion aux présents contrats 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat d'adhésion dans lequel je serai informé de la date de conclusion de mon adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à :

Cabinet PREVERE - 46 rue la Boétie - 75008 Paris

La lettre de renonciation peut également être adressée à CNP Assurances.

Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

Fait en deux exemplaires à _____ le,

Signature de l'adhérent/assuré

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous êtes habilité à demander communication ou rectification pour toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage de CNP Assurances ou de tout autre intervenant en vous adressant directement à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul-Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - Siège social : 4, place Raoul-Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - SIREN 341 737 062 RCS Paris

Filassistance International - S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré - Siège social : 108, bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex - SIREN 433 012 689 RCS Nanterre
Entreprises régies par le Code des assurances

CCAS - Immeuble René le Guen - 8, rue de Rosny - BP 629 - 93104 Montreuil Cedex

PREVERE - Société de courtage d'assurance avec garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du Code des assurances SIRET 453 353 716 RCS Paris
N° ORIAS 07 004 210 - Site web ORIAS : www.orias.fr

Sous le contrôle de l'ACP - Autorité de contrôle prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09