



PRÉVOYANCE BANQUE DE FRANCE

GARANTIES DÉCÈS / INCAPACITÉ / INVALIDITÉ

DEMANDE D'ADHÉSION

AGENT OU SALARIÉ

N° de gestion : 12390081

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE - INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE
DÉCÈS

N° de contrat : 0657 P N° de client : 92738 C
N° de contrat : 0656 N N° de client : 92738 C

À retourner au gestionnaire :
APRI PREVOYANCE
TSA 20006
41972 BLOIS Cedex 9

Contrats d'assurance collective Décès et Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale à adhésion facultative souscrits par la Banque de France auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à la législation fiscale française. Les prestations d'assistance sont souscrites par CNP Assurances auprès de Filassistance International, assistant. APRI Prévoyance est gestionnaire du contrat.

CANDIDAT A L'ASSURANCE (À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)

Nom : _____ Nom de naissance : _____
 Prénom : _____ N° de Sécurité sociale : _____
 Qualité civile : M Mme Mlle Né(e) le : ____/____/_____
 Adresse : _____
 (Résidence, escalier, n°, rue) : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone* : ____/____/____/____/____
 Mail* : _____@_____

* Mentions facultatives

Joindre obligatoirement une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité).

GARANTIES CHOISIES

• À partir des notices d'information des contrats Décès et Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale accompagnant cette demande d'adhésion, vous déterminez vos garanties et le niveau de prestations souhaitées en cochant la ou les garanties et options suivantes :

Garantie Décès - je choisis :

Option 1 Option 2 Option 3 Option 4 Option 5 Option 6 Option 7 Option 8 Option 9
 Option 10 Option 11 Option 12 Option 13 Option 14 Option 15

Formule 1 : Garantie Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale

• Je choisis pour la **Garantie Incapacité Temporaire Totale** :

Option 1 Option 2 Option 3 Option 4 Option 5 Option 6 Option 7 Option 8

• Je choisis pour la **Garantie Invalidité Permanente Totale** :

Option 1 Option 2 Option 3 Option 4 Option 5 Option 6 Option 7 Option 8 Option 9

Formule 2 : Garantie Incapacité Temporaire Totale Seule

• Je choisis :

Option 1 Option 2 Option 3 Option 4 Option 5 Option 6 Option 7 Option 8

• En cas d'adhésion à la Formule 1 ou 2, la mise en jeu des garanties ne permet pas de percevoir plus de 85 % du traitement net imposable.

• En cas d'adhésion à la garantie Décès et à la Formule 1 : Garanties Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale, je bénéficie de l'offre groupée tenant compte d'un abattement d'environ 7 % sur le montant des cotisations.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS (VOIR RECOMMANDATIONS)

Je choisis la désignation standard.

Sinon, en cas de décès, le capital décès devra être payé à (si la désignation est nominative, il est indispensable de préciser les nom, prénom, date et lieu de naissance et adresse) :

DÉCLARATIONS

- Je déclare sur l'honneur exact l'ensemble des renseignements communiqués et reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des Assurances).
- Je donne mon accord à l'utilisation de la langue française pendant la durée de mon adhésion.
- Je donne expressément mon accord pour que les garanties de mon contrat prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la première cotisation, et ce même si le délai de renonciation qui découle de la vente à distance n'a pas encore expiré. Cette date est au plus tôt le premier jour du mois civil qui suit la date de réception par le gestionnaire APRI Prévoyance de la demande d'adhésion complétée et signée. Si j'ai rempli un questionnaire de santé, l'adhésion prend effet à la date d'acceptation dans l'assurance par CNP Assurances.
- J'autorise le prélèvement automatique de ma cotisation, mensuellement à terme d'avance, en complétant l'autorisation de prélèvement automatique. Cette autorisation doit être obligatoirement complétée, signée et accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB).
- Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant en adressant une demande écrite à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15. Ces données sont nécessaires au traitement et à la gestion de mon contrat et sont destinées à CNP Assurances, à APRI Prévoyance et à Filassistance International pour les informations qui leur sont nécessaires.
- Je peux renoncer à mon adhésion dans les trente jours qui suivent la date de réception de mon certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée, envoyée à APRI Prévoyance - TSA 20006 - 41972 BLOIS Cedex 9, pour le compte de CNP Assurances. APRI Prévoyance procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation versée dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation. Le contrat est réputé n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce, dès réception par le gestionnaire APRI Prévoyance de la lettre recommandée de renonciation. Toutefois, je reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation dès lors que, après avoir renoncé, je demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie au titre de l'Incapacité ou de l'Invalidité mais dont je n'avais pas connaissance au jour de la renonciation.
- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information des contrats **n°0656 N** et **n°0657 P** accompagnant cette demande d'adhésion et comportant, notamment, les informations relatives à la vente à distance ainsi que les conditions d'exercice de la faculté de renonciation.

Fait à _____, le ____/____/____ **Signature du candidat à l'assurance** (précédée de la mention "lu et approuvé")



RECOMMANDATIONS POUR COMPLÉTER LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

1. DÉSIGNATION STANDARD EN L'ABSENCE DE BÉNÉFICIAIRE(S) DÉTERMINÉ(S) :

En cas de décès et en l'absence de bénéficiaire(s) désigné(s), la clause contractuelle suivante s'applique à tous les assurés.

Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est attribué :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à son partenaire non séparé ;
- **à défaut** à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, la totalité revenant aux survivants par parts égales en cas de décès de l'un d'eux sans descendant ;
- **à défaut** à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) en cas de décès de l'un d'eux ;
- **à défaut** aux autres héritiers de l'assuré par parts égales entre eux.

ATTENTION : Le concubin n'est pas considéré comme le conjoint ou le partenaire lié par un PACS. Il doit donc être désigné nominativement pour être bénéficiaire du capital décès.

2. DÉSIGNATION EXPRESSE D'UN BÉNÉFICIAIRE :

Vous devez compléter le pavé Désignation mentionné dans la demande d'adhésion si vous souhaitez que l'ordre de désignation des bénéficiaires de votre capital ou les bénéficiaires eux-mêmes soient différents des dispositions énoncées ci-dessus.

Dans ce cas, nous attirons votre attention sur les points suivants :

• **En cas de pluralité de bénéficiaires :**

- **si l'un d'eux est prioritaire par rapport aux autres**, il est indispensable de faire suivre sa désignation de la mention « ou à défaut telle autre personne » et ainsi de suite pour l'ensemble des bénéficiaires ;
 - **si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires, pour une part différente**, il est indispensable d'indiquer la part respective de chacune en pourcentage du capital total si elles sont toutes bénéficiaires (ex : Mme X = 60 %, M. X = 40 %) ;
 - **si aucun d'entre eux n'est prioritaire**, il est indispensable de faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « par parts égales et, en cas de décès de l'un d'entre eux, la totalité aux survivants par parts égales ». Ceci permet, en cas de décès de l'un des bénéficiaires avant l'assuré, de reporter sa part aux autres bénéficiaires.
- **Pour les bénéficiaires autres que le conjoint, les enfants ou ascendants**, il est indispensable de préciser **les nom, prénom, date et lieu de naissance, et adresse**.
- **Si l'assuré désigne « ses enfants »**, il est préférable de ne pas mentionner leur nom mais d'indiquer « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés ». Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.

CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des Assurances - 341 737 062 RCS Paris
Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - Téléphone : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr
GROUPE CAISSE DES DÉPÔTS

Filassistance International - S.A. au capital de 3 500 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - N° 433 012 689 RCS Nanterre - Siège social : 108 bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex
APRI Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'APRIONIS - Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant Couturier - 92240 Malakoff

9	Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ?	Lesquelles ? _____ Depuis quand ? _____
10	Êtes-vous sous surveillance médicale ? Êtes-vous en cours de traitement médical ?	Pourquoi ? _____ Depuis quand ? _____ Lequel ? _____ Depuis quand ? _____
11	Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : - réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? - être hospitalisé, traité ou opéré ? (si oui, cochez la ou les cases(s) et précisez)	Lesquels ? _____ Pourquoi ? _____ Quand ? _____ Hospitalisé <input type="checkbox"/> Traité <input type="checkbox"/> Opéré <input type="checkbox"/> Pourquoi _____ Quand ? _____
N.B. : Vous pouvez compléter votre dossier en joignant à ce questionnaire toutes copies de documents se rapportant à votre santé (comptes rendus d'hospitalisation, d'opération, résultats d'examens médicaux, ordonnances...)		

DÉCLARATIONS

- Je déclare sur l'honneur avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'entrée dans l'assurance.
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des Assurances).
- J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'assureur qui en est responsable. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances.
- Dans le cas où je fais le choix de ne pas transmettre au gestionnaire APRI Prévoyance les données relatives à ma santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CNP Assurances, j'accepte qu'elles soient traitées par l'assureur et son délégataire, dans le respect du secret professionnel. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à ma santé que je peux exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Fait à _____, le ____/____/____ **Signature du candidat à l'assurance** (précédée de la mention "lu et approuvé")