

- BULLETIN D'ADHÉSION**  
 **DEMANDE DE MODIFICATION DE GARANTIE**

**Demande d'adhésion ou de modification de garantie :**

Je demande à (\*) :

- Adhérer au contrat N° 1730F Décès et PTIA toutes causes  
 Augmenter le capital garanti de mon contrat en cours (avec nouvelles formalités médicales)  
 Réduire le capital garanti de mon contrat en cours (sans formalité médicale)

**Renseignements administratifs de l'assuré(e) :**

(\*)  M.  Mme                      (\*)  Célibataire  Marié(e)  Pascé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Nom de naissance			
Nom marital			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu de naissance	Commune	Code postal	Pays
Nationalité(*)	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autres : _____ <i>à préciser obligatoirement</i>		
Adresse Rés. Appat. Bât.			
N° rue / Lieu-dit			
Code postal / Commune			
Adresse électronique			
Téléphone (facultatif)			
Résident Fiscal Français (*)	<input type="checkbox"/> OUI L'adhésion des non-résidents fiscaux français n'est pas recevable		
Numéro d'adhérent à l'ANR	Groupe départemental: _____		
Administration d'origine (*)	Retraité(e) de : <input type="checkbox"/> la Poste <input type="checkbox"/> France Télécom <input type="checkbox"/> Autre: _____		
Régime de protection juridique (*)	majeur protégé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>NB : Si le candidat à l'assurance est un majeur protégé, il convient de remplir obligatoirement le «Document Multi-Représentants Actes d'administration»</i>		

Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 2 dernières années, **des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan** (ou un membre direct de votre famille ou toute autre personne à laquelle vous êtes étroitement associé) ? (Contrôle effectué dans le cadre de la loi anti blanchiment) (\*).

Sont notamment considérées comme des **Fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan** :

- Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen ;
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- Membre d'une cour des comptes ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ;
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité.

- Oui, précisez la fonction exacte occupée : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Non

**Pièce justificative du candidat à l'assurance :**

Nature de la pièce d'identité (*)	<input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Titre de séjour		
Le candidat à l'assurance s'engage à transmettre à L'AMICALE VIE la photocopie recto-verso, datée et signée, d'une pièce d'identité en cours de validité.			
Numéro de la pièce d'identité			
Date de délivrance	Date d'expiration		
Lieu de délivrance			
Autorité ayant délivré la pièce d'identité			

(\*) Cocher la (les) case(s) correspondante(s)

## Choix de la classe et des bénéficiaires de la garantie

### Choix de la classe (\*) :

Je déclare choisir la classe de garantie ci-dessous en fonction du barème annexé au présent bulletin :

- |                                   |         |                                   |         |                                   |         |                                   |         |                                    |         |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Classe 1 | 800 €   | <input type="checkbox"/> Classe 2 | 1 600 € | <input type="checkbox"/> Classe 3 | 2 400 € | <input type="checkbox"/> Classe 4 | 3 200 € | <input type="checkbox"/> Classe 5  | 4 000 € |
| <input type="checkbox"/> Classe 6 | 4 800 € | <input type="checkbox"/> Classe 7 | 5 600 € | <input type="checkbox"/> Classe 8 | 6 400 € | <input type="checkbox"/> Classe 9 | 7 200 € | <input type="checkbox"/> Classe 10 | 8 000 € |

**En cas de changement de classe, à la hausse, l'assuré devra fournir le questionnaire de santé.**

### Choix du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès (\*)

**En cas de décès**, (à défaut de désignation, la première clause s'applique) je désigne comme bénéficiaire(s) (\*) :

- Mon conjoint ou mon partenaire pacsé, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut de l'un décédé avant ou après l'adhésion pour sa part ses descendants par parts égales entre eux, à défaut les survivants par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.*

On entend par «conjoint» le conjoint marié non séparé de corps par jugement définitif.

- Clause libre : se référer aux recommandations de la notice d'information en matière de rédaction de la clause bénéficiaire (à rédiger sur le document « Désignation bénéficiaire » ou sur papier libre)

**NB : En cas de PTIA, le capital est versé à l'assuré ou à son représentant légal.**

## Formalités médicales à l'adhésion et en cas de modification de niveau de classe de garantie

Je remplis un questionnaire de santé simplifié et/ou un questionnaire de santé en fonction de mon âge (se référer aux recommandations de la notice d'information).

## Modalité de paiement

Je choisis de régler mes cotisations :  Par prélèvement semestriel(\*)  Par prélèvement annuel (\*)  Par chèque annuel

(\*) je joins le mandat de prélèvement SEPA complété et signé

## Déclarations, droits et obligations

- Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.
- Je demande à adhérer au contrat n°1730F souscrit par l'AMICALE VIE auprès de CNP Assurances.
- Je joins le questionnaire de santé simplifié et/ou le questionnaire de santé.
- Je m'engage (nous nous engageons) à transmettre à l'AMICALE VIE la photocopie recto verso, datée et signée, d'une pièce d'identité en cours de validité.
- Je donne mon accord à l'utilisation par l'assureur de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Je m'engage (nous nous engageons) à ce que le règlement des cotisations s'opère par le débit d'un compte ouvert à mon nom.
- Je reconnais avoir reçu le Document d'Information Produit (DIP) qui résume les principales garanties et exclusions du contrat.
- Je déclare avoir pris connaissance et rester en possession de la notice d'information contenant les conditions générales du contrat.
- Je reconnais avoir également reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation.
- Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15. Ces données sont nécessaires au traitement de mon adhésion et à la gestion de mon contrat et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances.
- Sauf opposition de ma part auprès de CNP Assurances, les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par CNP Assurances et ses prestataires.
- Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Cette renonciation peut être faite au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'adresse suivante : CNP Assurances - 4 place Raoul DAUTRY - 75716 PARIS CEDEX 15
- Les informations recueillies sur le formulaire d'adhésion sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'AMICALE VIE pour l'exécution du contrat vous liant à l'AMICALE VIE.
- La base légale du traitement est votre adhésion au contrat décès 1730F géré par CNP Assurances.
- Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les personnels de l'Amicale Vie et ceux concernés par l'exécution du contrat au sein de la CNP Assurances et nos sous-traitants.
- Les sous-traitants de l'AMICALE VIE sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable.
- En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).
- Les données sont conservées pendant toute la durée d'exécution du contrat jusqu'à la clôture définitive du dossier vous concernant.
- Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.
- Vous pouvez consulter le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.
- Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'Amicale Vie
  - Par courrier : au 13, rue des Immeubles Industriels 75011 PARIS
  - Par courriel : [amicale-vie@orange.fr](mailto:amicale-vie@orange.fr)
- Pour toute réclamation, joindre la copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité.
- Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en double exemplaire

Signature de l'adhérent (et au besoin de son représentant légal)

CNP Assurances - siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr)  
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances

AMICALE-VIE, Mutuelle de l'Association Nationale de Retraités,

Mutuelle régie par le livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN n° 404 130 999

Dont le siège social est situé 13, rue des Immeuble Industriels 75011 Paris

(\*) Cocher la (les) case(s) correspondante(s)