

Souscripteur
S.A. au capital de 2 497 718 772 euros
Siège social : 16, bd des Italiens - 75009 Paris
www.bnpparibas.com
662 042 449 R.C.S. Paris
identifiant C.E. FR 76 662 042 449
ORIAS n° 07 022 735

Courtier gestionnaire
SAS de courtage d'assurances au capital
de 1 000 000 euros.
Siège social : 71 quai Colbert – CS 90000 –
76095 Le Havre CEDEX – 305 109 779
R.C.S. Le Havre – ORIAS n° 07 002 642
(www.orias.fr) soumise au contrôle de
l'ACPR

Assureur
Entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital de 719 167 488 euros
Siège social : 1, bd Haussmann – TSA 93000 -
75318 Paris Cedex 09
732 028 154 R.C.S. Paris
Bureaux : 8, rue du Port - 92728 Nanterre
Cedex

ASSURCOMPTE BULLETIN D'ADHESION (HORS ABONNEMENT A ESPRIT LIBRE OU PROTECTION COMPTE)

Agence : _____ Code agence : _____

Adhérent(e) / 1^{er} assuré(e) :

Je soussigné(e) : Monsieur Madame

NOM : _____ Prénom : _____

Nom de naissance (pour les personnes mariées) : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

2nd assuré(e) :

Je soussigné(e) : Monsieur Madame

NOM : _____ Prénom : _____

Nom de naissance (pour les personnes mariées) : _____ Date de naissance : _____

Je demande à adhérer à la convention d'assurance n° P1200 dont l'objet est de verser au(x) bénéficiaire(s) un capital de 3 000 € en cas de décès jusqu'aux 55 ans de l'Assuré, puis en cas de décès accidentel à compter de ses 56 ans dans les conditions et limites fixées dans la notice. Le montant de la cotisation annuelle s'élève à 12,00 euros.

Je certifie que les renseignements fournis sur le bulletin d'adhésion valant certificat d'adhésion sont à ma connaissance exacts et prends acte que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances (nullité, réduction proportionnelle ou résiliation du contrat).

Je reconnais, préalablement à l'adhésion, avoir reçu, pris connaissance et rester en possession d'un exemplaire du présent bulletin d'adhésion valant certificat d'adhésion et de la notice.

J'ai bien noté que je peux renoncer à mon contrat, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant 14 jours calendaires révolus à compter :

- de la date de signature manuscrite ou électronique de la présente Demande d'adhésion valant certificat d'adhésion en cas de vente en agence ;
- de la réception des documents contractuels, considérés avoir été reçus 7 jours calendaires après l'appel téléphonique au cours duquel vous avez donné votre consentement à l'assurance.

Vous pouvez exercer votre faculté de renonciation sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (selon les conditions décrites dans la notice).

Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice d'information, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant à Cardif Assurance Vie - Service Qualité Réclamation – Prévoyance SH 123 - Prévoyance - 8 rue du Port - 92 728 Nanterre CEDEX, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

Je donne mandat à SPB de prélever ma cotisation annuelle sur mon compte bancaire conformément au mandat signé, joint à ce bulletin d'adhésion.

Bénéficiaire(s) désigné(s)

Le capital est versé au souscripteur, BNP Paribas dans la limite des sommes versées en principal intérêts, commissions, frais et accessoires que l'assuré décédé pouvait lui devoir au titre du/des compte/s garanti/s.

Dans tous les cas, l'éventuel solde résiduel est ensuite versé dans l'ordre de préférence suivant :

- au conjoint de l'Assuré décédé à la date du décès ;
- à défaut, au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès ;
- à défaut, à son concubin notoire à la date du décès ;
- à défaut, à ses enfants vivants ou en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants ;
- à défaut, à ses héritiers.

L(es) Assuré(s) dispose(nt) toutefois de la faculté de modifier ultérieurement la désignation du(des) bénéficiaire(s) du capital garanti, selon les modalités décrites dans la notice.

A _____ le _____

Cachet de l'agence

Signature de l'adhérent(e) / 1^{er} assuré(e)
précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du 2nd assuré(e)
précédée de la mention « lu et approuvé »



Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à SPB de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvements bancaires ci-dessous et le faire parvenir SPB (à l'adresse ci-dessous) dans les meilleurs délais, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

Référence unique du Mandat (Cette référence sera indiquée, lors de votre premier prélèvement, sur votre relevé de compte bancaire)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SPB.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Ce mandat vaut pré-notification pour les prochains prélèvements SEPA qui seront effectués dans les conditions décrites dans votre Bulletin d'adhésion et votre Notice d'information.

Vos coordonnées :

Votre nom _____

Votre prénom _____

Votre adresse _____

Code postal Ville _____ Pays _____

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code) :

Coordonnées du créancier :

SPB

I.C.S FR28ZZZ110086 (*Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance*)

71, quai Colbert - CS 90000

76095 Le Havre Cedex FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à _____ le Signature

Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (*ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE*). Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser à :

SPB

71, quai Colbert – CS 90000 – 76095 Le havre Cedex FRANCE

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, vous consentez expressément au paiement de votre prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement, a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager votre responsabilité vis-à-vis de SPB.

