



Souscripteur  
S.A. au capital de 2 497 718 772 euros  
Siège social : 16, bd des Italiens - 75009 Paris  
[www.bnpparibas.com](http://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](http://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 PLUS BULLETIN D'ADHESION (HORS ABONNEMENT A ESPRIT LIBRE)

Agence : \_\_\_\_\_ Code agence : \_\_\_\_\_

### **Adhérent(e) / 1<sup>er</sup> Assuré(e) :**

Je soussigné(e) :  Monsieur  Madame

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance (pour les personnes mariées) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### **2<sup>nd</sup> 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° P1210 dont l'objet est de verser au(x) bénéficiaire(s) un capital de 12 000 € en cas de décès jusqu'aux 55 ans de l'Assuré, puis en cas de décès accidentel à compter de ses 56 ans jusqu'à 75 ans dans les conditions et limites fixées dans la notice. Le montant de la cotisation annuelle s'élève à 30,70 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 dans l'ordre de préférence suivant :

- au conjoint de l'Assuré(e) 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<sup>er</sup> Assuré(e)  
précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du 2<sup>nd</sup> Assuré(e)  
précédée de la mention « lu et approuvé »



