



Association apporteur :

## ADHÉRENT

Civilité :  M.  Mme

Situation de famille :  Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Partenaire de Pacs  Concubin(e)

Nom patronymique : \_\_\_\_\_ Date de naissance\* : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Code commune naissance<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_  
(1) voir aide à la complétude dans l'Annexe page 2 du Bulletin d'adhésion.

Nom marital : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Code profession<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

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

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. domicile\*\* : \_\_\_\_\_ Tel. mobile\*\* : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_ Résidence fiscale (pays) : \_\_\_\_\_

Nature de la pièce d'identité :  CNI  passeport  Titre de séjour N° de la pièce d'identité : \_\_\_\_\_

Date de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Lieu de délivrance : \_\_\_\_\_ Autorité ayant délivré la pièce d'identité : \_\_\_\_\_

\* être âgé de plus de 18 ans et de moins de 80 ans

\*\* Conformément au code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché(e) par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

## GARANTIE

Capital d'aide au financement des frais d'obsèques garanti au titre du contrat n° 2571 V : 2500 €

## PAIEMENT DE LA COTISATION

Montant de la cotisation annuelle : \_\_\_\_\_ €

J'opte pour une périodicité :  Annuelle  Semestrielle (possible à partir de 41 ans)  Trimestrielle (possible à partir de 51 ans)  Mensuelle (possible à partir de 61 ans)

Les prélèvements auront lieu le 15 du mois, conformément à la périodicité choisie.

Je choisis le prélèvement de mes cotisations et j'autorise CIPREV, gestionnaire du contrat pour le compte de CNP Assurances, à prélever sur un compte bancaire ouvert à mon nom auprès \_\_\_\_\_ (nom de l'établissement bancaire) le montant des primes dues au titre du présent contrat.

À cet effet, je complète le mandat de prélèvement ci-joint accompagné du RIB.

## CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

En cas de décès, je désigne comme bénéficiaire (1 seul choix possible) :

- « L'entreprise de pompes funèbres qui a pris en charge mes obsèques à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti »
- « La personne physique qui a financé mes obsèques à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti »

Le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques

## DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom et prénom), déclare :

- avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes,
- être informé(e) que toute réticence ou déclaration fautive ou inexacte peut entraîner la nullité de mon adhésion, conformément à l'article L.113-8 du code des assurances,
- avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information, dont je conserve un exemplaire, exposant les modalités du contrat d'assurance,
- être âgé de plus de 18 ans et de moins de 80 ans à la date de signature du présent Bulletin d'Adhésion,
- être ou devenir membre par la signature du présent Bulletin d'Adhésion, de l'Association ATD Quart Monde, souscriptrice auprès de CNP Assurances du contrat d'assurance de groupe souscrit pour ses membres, et je reconnais avoir pris connaissance et conserver les statuts de l'Association ATD Quart Monde, qui sont disponibles sur simple demande à l'adresse suivante : [administration@atd-quartmonde.org](mailto:administration@atd-quartmonde.org),
- demander à adhérer au contrat d'assurance n° 2571V,
- si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion. J'ai noté que j'ai la possibilité de renoncer au présent contrat dans les trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion. Cette renonciation doit être faite à l'adresse suivante : CIPREV - 9 avenue Victor Hugo - 88000 EPINAL.
- donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- m'engager à payer la cotisation annuelle que je choisis de régler, notamment, par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne,
- accepter par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificatives sur l'origine des fonds destiné au paiement des cotisations de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les coassureurs en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- être informé(e) que, conformément au code de la consommation, j'ai le droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui me permet de ne pas être démarché(e) par des professionnels avec lesquels je n'ai pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr))

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires. L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, voire d'opposition pour motif légitime des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de : CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

Fait en trois exemplaires à  
Le

Signature de l'adhérent(e),  
précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ »

# ANNEXE

## 1 - Aide à la complétude du Bulletin d'Adhésion

### Code commune

N° de commune de naissance : 3 chiffres Ex à partir du numéro de Sécurité Sociale 1 77 02 35 **238** 005 22

|  
 Numéro INSEE de la  
 commune de naissance ou  
 code pays si né à l'étranger

### Codes professions

CODES	PROFESSIONS	CODES	PROFESSIONS
10	Agriculteur exploitant	52	Employé civil agent de la fonction publique
21	Artisan	53	Policier et militaire
22	Commerçant assimilé	54	Employé administratif d'entreprise
23	Chef entreprise 10 salariés ou plus	55	Employé de commerce
31	Profession libérale	56	Personnel service direct aux particuliers
33	Cadre de la fonction publique	61	Ouvrier qualifié
34	Professeur, profession scientifique	66	Ouvrier non qualifié
35	Profession information/arts/spectacles	69	Ouvrier agricole
37	Cadre administratif et commercial d'entreprise	71	Retraité agriculteur exploitant
38	Ingénieur et cadre technique d'entreprise	72	Retraité artisan, commerce, chef entreprise
42	Instituteur et assimilé	73	Retraité cadre profession intermédiaire
43	Profession interm. Santé et trav. Social	76	Retraité employé et ouvrier
44	Clergé - religieux	81	Chômeur n'ayant jamais travaillé
45	Profession interm. Adm. de la fonction publique	82	Personne sans activité professionnelle
46	Profession interm. Adm. et commerc. entreprise	99	Non renseigné (inconnu)
47	Technicien		
48	Contremaître - agent de maîtrise		

## 2 - Montant des cotisations 2017

### Cotisations 2017

Âge à la souscription	Cotisation annuelle en euros	Cotisation semestrielle en euros	Cotisation trimestrielle en euros	Cotisation mensuelle en euros
18 - 30 ans	6,00	X	X	X
31 - 40 ans	12,00	X	X	X
41 - 50 ans	24,00	12,00	X	X
51 - 60 ans	48,00	24,00	12,00	X
61 - 70 ans	90,00	45,00	22,50	7,50
71 - 80 ans	156,00	78,00	39,00	13,00



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



Destinataire du paiement:  
CIPREV

## RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez « CIPREV » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CIPREV. Le numéro définitif de la référence unique du mandat correspondra au numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion remis ultérieurement.

M.  Mme  Mlle

Nom Patronymique: .....

Prénoms: .....

Nom marital: .....

Adresse: .....

Lieu-dit: .....

Code Postal:      Commune: .....

Pays: .....

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

Coordonnées de votre compte de prélèvement des cotisations régulières: IBAN (International Bank Account Number)

Identifiant Créancier SEPA (ICS) de l'assureur: CIPREV

Signé à \_\_\_\_\_, le   /   /

Type de paiement: **paiement récurrent**

**IMPORTANT:** joindre un relevé d'identité de Compte Bancaire

Signature

<p>À retourner à:</p> <p><b>CIPREV</b>  <b>9 avenue Victor Hugo</b>  <b>88000 EPINAL</b></p>	<p>Zone réservée à l'usage exclusif du créancier ou du destinataire du paiement</p>
--	---

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA 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).

Vous pouvez bénéficier du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passées avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Pour toute information contenue dans le présent mandat de prélèvement SEPA, 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 ou révocation du mandat de prélèvement SEPA vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser au gestionnaire ci-dessus. Les engagements réciproques résultants du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat de prélèvement SEPA, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa cotisation par mode de prélèvement. Le non-paiement de sa cotisation, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ses engagements. L'exercice du droit à remboursement de l'opération de paiement ne supprime pas vos obligations vis-à-vis du créancier.

Toute contestation ou annulation abusive de votre prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de CIPREV.