



L'assureur de toute une vie

# Capital-décès ou PTIA

(Contrat d'assurance de groupe CNP, en cas de décès, n°1730 F, souscrit par Amicale-Vie, auprès de la CNP Assurances)



demande d'adhésion

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT A L'ASSURANCE

- M.             Mme             Marié(e)     Célibataire  
 Divorcé(e)  Partenaire PACS    Concubin(e)  Veuf (ve)

Nom marital : \_\_\_\_\_  
 Nom patronymique : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse (rés. esc. n°. rue) : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Bureau distributeur ou pays : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à AMV

**N° :**

**DATE D'ADHESION :**

**OS : OUI / NON**

Résident fiscal français :  Oui     Non, Pays : \_\_\_\_\_ (si non, merci de préciser le pays)

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : Commune : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nationalité :  Française     Autre : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent à l'ANR : \_\_\_\_\_ Groupe départemental : \_\_\_\_\_

Administration d'origine :

Retraité(e) de La Poste – de France Télécom - Autre (préciser : réversion, conjoint, etc...)

Régime de protection juridique : majeur protégé :  Oui  Non

Réserve aux adhérents âgés de moins de 76 ans

## MODALITES DE SOUSCRIPTION AU CAPITAL - DECES

Je choisis de souscrire un capital décès de :

- Classe 1 : 800 €             Classe 2 : 1600 €             Classe 3 : 2400 €             Classe 4 : 3200 €  
 Classe 5 : 4000 €             Classe 6 : 4800 €             Classe 7 : 5600 €             Classe 8 : 6400 €  
 Classe 9 : 7200 €             Classe 10 : 8000 €

## MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS DE LA GARANTIE CAPITAL - DECES

La cotisation sera calculée en fonction de l'âge de l'adhérent au jour de l'adhésion.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique, avant le 31 décembre de l'année précédant l'année de garantie ou par chèque. Le paiement s'effectue par le débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.

## PIECES A JOINDRE A LA PRESENTE DEMANDE D'ADHESION

1 - Le candidat à l'assurance s'engage à transmettre à Amicale-Vie la photocopie, datée et signée du recto et du verso, d'une pièce d'identité et s'engage à informer Amicale-Vie de tout changement de situation.

2 - Questionnaire de santé, daté et signé pour les candidats au capital-décès âgés de 71 à 75 ans révolus.

Note : jusqu'à 70 ans révolus, pas de questionnaire de santé. Délai de carence : un an.

3 - Autorisation de prélèvement accompagné d'un RIB, si l'adhérent souhaite ce mode de paiement. : Oui  - Non

4 - Chèque de la 1<sup>ère</sup> année de cotisation (se reporter au tableau « montant des cotisations) d'un montant de : \_\_\_\_\_ €

## LES BENEFICIAIRES

**1 – Bénéficiaire en cas de vie** : en cas de Perte Totale et Irréversible de l'Autonomie (PTIA), le capital devra être versé à moi-même.

### **2 – Bénéficiaire(s) en cas de décès (conformément aux modalités d'adhésion)**

En cas de décès je désigne comme bénéficiaire(s) :

- mon conjoint survivant non séparé** de corps par un jugement définitif, non divorcé ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
  - à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux, en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
  - à défaut mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux, en cas de décès de l'un d'eux,
  - à défaut mes autres héritiers par parts égales entre eux.
- 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, à défaut les survivants, à défaut mes héritiers.
- mes héritiers légaux**
- clause libre**

**Quel que soit votre choix, il est absolument nécessaire d'indiquer les nom, prénom, date et lieu de naissance du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) ci-dessous, ainsi que les coordonnées : adresse complète, n° de téléphone mobile et adresse électronique (si possible)**

M \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse.....

Email..... Tel. fixe ..... Tel. mobile .....

M \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse.....

Email..... Tel. fixe ..... Tel. mobile .....

M \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse.....

Email..... Tel. fixe ..... Tel. mobile .....

M \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse.....

Email..... Tel. fixe ..... Tel. mobile .....

#### **Pour les majeurs protégés :**

- ✓ Si l'adhérent est une personne sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, les clauses types ci-dessus peuvent être utilisées.
- ✓ Si l'adhérent est une personne sous tutelle ou sous mandat de protection, il peut être fait usage des clauses types qui précèdent dès lors qu'elles ont fait l'objet d'une autorisation par le juge des tutelles ou le conseil de famille.
- ✓ A défaut d'utilisation des clauses types, la clause figurant dans l'ordonnance du juge des tutelles ou dans l'accord écrit du conseil de famille conformément à l'article L 132-4-1 du Code des assurances et aux articles 490 alinéa 2 et 493 alinéa 2 du Code civil s'applique obligatoirement.

#### **AVERTISSEMENT**

Attention : Conformément aux articles L 132-4-1 alinéa 1 du Code des assurances, 389-6, 490 alinéa 2 et 493 alinéa 2 du Code civil, en cas d'administration légale sous contrôle judiciaire, tutelle ou mandat de protection<sup>1</sup> la désignation du(des) bénéficiaire(s) ne peut être accomplie qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

De plus, conformément à l'article L 132-4-1, alinéa 2 du Code des assurances, lorsque le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance sur la vie est le curateur ou le tuteur, il est réputé être en opposition d'intérêts avec la personne protégée.

1 - Sauf en cas de mandat notarié et si le(s) bénéficiaire(s) est (sont) désigné(s) à titre onéreux.

## DECLARATIONS DE L'ASSURE/ DU (DES) REPRESENTANT(S) <sup>2</sup>

1. Je suis informé(e) que cette adhésion au contrat d'assurance de groupe, en cas de décès, est réservée exclusivement aux membres-participants, adhérents de Amicale-Vie.
2. L'adhésion à Amicale-Vie est nécessaire pour bénéficier des garanties assurées. Conditions d'adhésion à Amicale-Vie : être âgé de moins de 76 ans et être adhérent à l'Association Nationale des Retraités de La Poste et de France Télécom et de leurs filiales (ANR).
3. J'ai bien noté que l'adhésion à Amicale-Vie implique l'adhésion obligatoire au contrat d'assurance de groupe n° 1730 F souscrit par Amicale-Vie auprès de CNP Assurances et implique une cotisation annuelle obligatoire.
4. Je suis informé(e) que l'adhésion au contrat d'assurance de groupe est subordonnée à une appréciation du risque effectuée par CNP Assurances, en fonction des réponses apportées au questionnaire de santé pour les candidats à la garantie-décès âgés de 71 ans et plus.
5. Je suis informé(e) que la prise d'effet des garanties, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, prend effet :
  - a. pour les candidats âgés de moins de 71 ans, un an après la date de conclusion de l'adhésion (délai de carence)
  - b. pour les candidats de 71 ans à 75 ans révolus, à la date d'acceptation par CNP Assurances (questionnaire de santé).La date de conclusion de l'adhésion est mentionnée sur le certificat d'adhésion qui comportera votre numéro d'identification au contrat d'assurance de groupe, en cas de décès, souscrit par Amicale-Vie.
6. Je m'engage à accompagner ma demande d'adhésion d'une photocopie, datée et signée, recto verso, de ma pièce d'identité
7. Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste de Amicale-Vie en vigueur, au jour de la remise de la présente demande d'adhésion à compléter.
8. Je reconnais que le règlement des cotisations s'opérera par le débit d'un compte bancaire ouvert à mon nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.
9. Je reconnais avoir été informé(e) que des informations complémentaires pourraient m'être communiquées par l'assureur ultérieurement, notamment les éventuelles restrictions de garanties et les éventuelles exclusions particulières prononcées.
10. Je donne mon accord à l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.
11. Je déclare avoir reçu et pris connaissance et rester en possession, en application de l'article L-141-4 du Code des assurances, de la notice d'information du contrat d'assurance de groupe n° 1730 F comportant les informations suivantes : les dispositions essentielles du contrat, les conditions d'exercice de la faculté de renonciation.
12. Je reconnais également avoir reçu et pris connaissance, en application des articles L 112-2-1 et L112-9 du Code des Assurances, des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation.
13. Je reconnais avoir été informé(e) que, en cas d'acceptation par le bénéficiaire désigné, sa désignation devient irrévocable et que je devrai recueillir l'accord préalable de ce bénéficiaire acceptant, notamment pour les demandes de nantissement et de changement de bénéficiaire.
14. J'accepte, par avance, de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds versés sur mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.
15. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à Amicale-Vie – Correspondant Informatique et Libertés – 13 rue des Immeubles Industriels 75011 Paris.
16. Ces données sont nécessaires au traitement de mon adhésion et à la gestion de mon contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances et à ses partenaires. 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 partenaires.
17. Je peux renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance de groupe, en cas de décès, pendant trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Amicale-Vie 13 rue des Immeubles Industriels - 75011 Paris. Elle peut être faite suivant le modèle ci-dessous.
18. Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent ou du (des) représentant(s) \_\_\_\_\_ Date d'adhésion souhaitée : \_\_\_\_\_

Modèle de courrier recommandé avec AR comportant les informations suivantes doit être adressé sur papier libre à l'Assureur dans le respect du délai de renonciation

« Je soussigné(e) M (Mme, Mlle) ..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat xxxx que j'ai signée le ..... à ..... (Lieu d'adhésion).  
Le ..... (Date et signature) »



L'assureur de toute une vie



La volonté de servir

## Capital-décès ou PTIA

### Montant des cotisations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013

#### Garanties et cotisation annuelle \*

| Classe choisie | Capital garanti | Jusqu'à 65 ans révolus | De 66 à 70 ans révolus | De 71 à 75 ans révolus |
|----------------|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1              | 800,00 €        | 28,80 €                | 38,40 €                | 56,40 €                |
| 2              | 1 600,00 €      | 57,60 €                | 76,80 €                | 113,40 €               |
| 3              | 2 400,00 €      | 86,40 €                | 115,20 €               | 170,40 €               |
| 4              | 3 200,00 €      | 115,80 €               | 154,20 €               | 228,00 €               |
| 5              | 4 000,00 €      | 151,20 €               | 199,80 €               | 291,60 €               |
| 6              | 4 800,00 €      | 190,20 €               | 247,80 €               | 353,40 €               |
| 7              | 5 600,00 €      | 226,20 €               | 293,40 €               | 422,40 €               |
| 8              | 6 400,00 €      | 264,00 €               | 341,40 €               | 488,40 €               |
| 9              | 7 200,00 €      | 301,20 €               | 387,60 €               | 553,20 €               |
| 10             | 8 000,00 €      | 339,00 €               | 435,60 €               | 619,20 €               |

\* Pour obtenir le montant de la première cotisation :

diviser la cotisation annuelle par 12 et multiplier par le nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion.

ANR  
Association (Loi 1901)  
13 rue des Immeubles Industriels  
75011 Paris

Amicale-Vie  
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité  
13 rue des Immeubles Industriels  
75011 Paris

CNP Assurances  
Entreprise régie par le Code des assurances  
4 Place Raoul Dautry  
75716 Paris Cedex 15