

BULLETIN D'ADHÉSION ATD NAO

au contrat d'assurance de groupe n°2571V

à adhésion facultative d'aide au financement de frais d'obsèques
souscrit par ATD Quart Monde auprès de CNP Assurances

Association apporteur :

☐ Je deviens adhérent de ATD Quart Monde.

ADHÉRENT

Etat civil	☐ M. ☐ Mme ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Partenaire de PACS	
Nom de famille (nom de naissance)		
Nom d'usage		
Prénoms		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		
Département de naissance		
Commune de naissance		
Pays de naissance		
Profession		Code Profession* :
Adresse	Rés. Appt. Bat. N° rue / Lieu-dit Code postal / Commune Pays	
Coordonnées téléphoniques*	Domicile :	Portable :
* 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 par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrat en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).		
E-mail (facultatif)		
Résidence fiscale en France	☐ Oui ☐ Non	
Nationalité	☐ Française ☐ Autre, précisez :	
	Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 12 dernier mois, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan (ou un membre de votre famille ou toute autre personne à laquelle vous êtes étroitement associé) ? La liste des personnes et des fonctions visées figure en Annexe 1. ☐ Oui ☐ Non ☐ Si vous êtes vous-même une PPE (Personne Politiquement Exposée), précisez : la fonction exacte occupée : Pays : ☐ Si vous avez un lien avec une PPE (Personne Politiquement Exposée), précisez : Nom / Prénom de la PPE : Sa fonction : Nature du bien :	

GARANTIE

100 % des frais réels d'obsèques dans la limite de 2500 euros.

La prestation versée est susceptible d'être insuffisante pour couvrir les frais d'obsèques.

PAIEMENT DE LA COTISATION à compléter avec l'annexe 2 page 5

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 , 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 SEPA dûment signé en page 6 accompagné du RIB.

CLAUDE 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

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Je joins à mon bulletin d'adhésion les pièces suivantes :

- ☐ la photocopie recto verso, datée et signée, d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ un Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'Adhérent, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil
- ☐ le mandat SEPA complété et signé

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 fausse 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,
- demander à adhérer au contrat d'assurance n° 2571V,
- Conformément à l'article L. 132-5 du code des assurances et comme précisés dans la notice d'information je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives aux conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. 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 par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

Centre de gestion CNP Assurances TSA 31034 78457 VELIZY CEDEX

- 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 est soumis l'assureurs 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)

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire.

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance, le respect d'une obligation légale et l'exercice d'un intérêt légitime par CNP Assurances ou ATD QUART MONDE.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de ATD QUART MONDE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'informations vous pouvez vous rendre sur notre site Internet « cnp.fr » <https://www.cnp.fr/particuliers/info-reglementee/donnees-personnelles>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait à _____, le _____

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

ANNEXE 1

I - Pour l'application du 1° de l'article L 561-10 du Code Monétaire et Financier, une personne exposée à des risques particuliers en raison de ses fonctions est une personne qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne ;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° 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 ;
- 4° Membre d'une cour des comptes ;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° Directeur, directeur adjoint, membre du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II - Sont considérées comme des personnes réputées pour être membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :

- 1° Le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2° Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3° Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4° Les ascendants au premier degré.

III - Sont considérés comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :

- 1° Les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2° Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
- 3° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

ANNEXE 2

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	Agriculteurs exploitants	51	Employés de la fonction publique
21	Artisans	54	Employés administratifs d'entreprise
22	Commerçants assimilés	55	Employés de commerce
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	56	Personnels des services directs aux particuliers
31	Professions libérales et assimilés	61	Ouvriers qualifiés
32	Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	66	Ouvriers non qualifiés
		69	Ouvriers agricoles
36	Cadres d'entreprise	71	Anciens agriculteurs exploitants
41	Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
		73	Anciens cadres et professions intermédiaires
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	76	Anciens employés et ouvriers
		81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
47	Techniciens	82	Inactifs divers (autres que retraités)
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	99	Non renseigné (inconnu)

ANNEXE 3

2 - Montant des cotisations 2024

Cotisations 2024

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			
31 - 40 ans	12,00			
41 - 50 ans	24,00	12,00		
51 - 60 ans	48,00	24,00	12,00	
61 - 70 ans	90,00	45,00	22,50	7,50
71 - 80 ans	156,00	78,00	39,00	13,00

Le capital garanti est versé à hauteur des frais d'obsèques réels, et ce, dans la limite de 2 500 €.



Mandat de prélèvement SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT /
NUMÉRO DE CONTRAT/ADHÉSION/SOUSCRIPTION

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

Votre nom :	
<i>Nom / Prénoms (ou raison sociale) du débiteur (ou payeur)</i>	
Votre adresse :	
<i>Appt. Bât. Résid.</i>	
<i>Numéro et nom de la rue</i>	
<i>Code postal / Commune</i>	
<i>Pays</i>	
Coordonnées de votre compte de prélèvement des primes ultérieures : IBAN (International Bank Account Number)	
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	

Identifiant Créancier Sepa (ICS) de l'entreprise de capitalisation : CNP Assurances **FR76ZZZ127167**

Signé à		le		SIGNATURE
Type de paiement : Paiement récurrent				
IMPORTANT : joindre un Relevé d'Identité Bancaire				

À retourner à : CENTRE DE GESTION CNP ASSURANCES TSA 31034 78457 VELIZY	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier ou du destinataire du paiement
--	---

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 passée 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 modification ou révocation du mandat de prélèvement SEPA vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser au centre de clientèle ci-dessus. Les engagements réciproques résultant du contrat de capitalisation doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat de prélèvement SEPA, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa 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.

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 CNP Assurances.