



Comment souscrire à **Obsèques Financement** ?

C'est très simple !

Renseignez les cadres A et B au verso de ce document

- Complétez les **renseignements personnels** (cadre A)
- Remplissez la **demande de souscription** (cadre B), en cochant les cases correspondantes.

Vous choisissez :

- 1 Le document d'identité** dont vous faites une copie à joindre impérativement à l'envoi.
- 2 La désignation de votre Bénéficiaire.**
- 3 Le montant de votre capital décès.**

Vous indiquez :

Le montant de votre cotisation (reportez-vous au tableau de cotisation dans le dépliant page 5)

- 4 Vous datez et signez le document :**

Important :

N'oubliez pas de joindre à votre envoi l'autorisation de prélèvement datée et signée ainsi qu'un relevé d'identité bancaire ou postal.

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance
Immeuble APRILIUM - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03**

Ce que vous devez savoir avant de vous engager :

- L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat Obsèques Financement est valable jusqu'au 31 décembre 2009.
- Les frais afférents à la vente par correspondance sont à la charge du souscripteur. Ainsi, les frais d'envoi postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'assureur-conseil ou d'APRIL Assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par le souscripteur, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Et après la souscription?

Votre demande de souscription est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties interviendra le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription, sous réserve du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevrez votre dossier d'assuré comprenant :

- Votre certificat de souscription qui sera accompagné du tableau des valeurs de rachat personnalisées et de cumul des cotisations.
- Votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- Un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- Un courrier avec les numéros d'appel pour accéder au service d'assistance

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil

EUROPEA
6 rue Jean Croix Treyeran
33200 BORDEAUX
Tél : 05 56 02 94 29
Email : info@europea-assurances.com

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Contrat conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par CNP Assurances.



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.orias.fr) - Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Contrat conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.



Demande de souscription 2009

 n° adhérent : n° assureur-conseil : **08691**
**DOCUMENT
À NOUS
RETOURNER
avant le 31/12/09**

OBS0712

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

A / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Département de naissance : Commune de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :Tél. domicile : Tél. (autres) :

Adresse e-mail* :

Situation de famille :

Nombre d'enfant(s) à charge

Profession exacte de l'assuré :

Régime Obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole

* J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

B / DEMANDE DE SOUSCRIPTION : Cochez la case correspondant à votre choix

1 Je joins obligatoirement à l'envoi la copie du document d'identité suivant (en cours de validité et confirmant les informations ci-dessus) :

 Carte nationale d'identité (recto-verso) Passeport Titre de séjour (avec photo)

2 Je désigne comme bénéficiaire en cas de décès (un seul choix est possible) :

 1 - mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (001)

 2 - la personne physique qui a financé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, à hauteur des frais engagés et sur facture, le solde revenant à mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (003)

 3 - M. (nom, prénom, date de naissance et adresse) , à défaut mes héritiers par parts égales.

 4 - l'entreprise de Pompes Funèbres (raison sociale, adresse) qui a réalisé mes obsèques à hauteur des frais engagés et sur facture, à défaut ou pour le solde mes héritiers par parts égales.

3 Je choisis le montant de mon capital décès
 2 000 € 3 000 € 4 000 € 5 000 € 6 000 € 7 000 € 8 000 €

4 Montant de ma cotisation mensuelle viagère TTC : €

 Le paiement de ma cotisation viagère se fera par prélèvement automatique le de chaque mois (1).

Frais d'échéance (2) :

+ 2 €

Frais de dossier (2) :

+ 20 €

TOTAL :

 = € **TTC**

 (1) Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois. **Joindre un RIB ou un RIP et compléter l'autorisation de prélèvement.**

(2) Les frais de dossiers ne sont pas dus par l'Assuré s'il est déjà cotisant à un contrat souscrit par l'intermédiaires d'APRIL Assurances. Les frais de dossier et les frais d'échéance ne sont pas dus par le conjoint s'il souscrit simultanément un contrat Obsèques Financement.

Date d'effet du contrat : le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription par APRIL Assurances, sous réserve d'acceptation par l'assureur et d'encaissement de la première cotisation.
 Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

Je demande à souscrire un contrat Obsèques Financement et déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués. J'ai pris connaissance que les relations pré contractuelles et contractuelles sont régies par le droit français, que seule la langue française sera utilisée pendant toute la durée de la souscription et qu'il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurances de personnes, instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - article L 423-1 du Code des assurances.

Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que seules les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur les fichiers de l'Assureur ou d'APRIL Assurances en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, en application des articles L 132-5-2, et A 132-4 du Code des Assurances, des conditions générales valant note d'information du contrat d'assurance Obsèques Financement référencées OBSF 09-01/09 comportant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation.

J'ai noté que je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat de souscription, cette renonciation devant être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à APRIL Assurances à l'adresse susmentionnée. J'ai bien noté que dans les huit semaines suivant la date de signature de la demande de souscription, je recevrai mon certificat de souscription qui sera accompagné du tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations dont je confirmerai la réception en renvoyant à APRIL Assurances le coupon réponse joint. A défaut je prendrai contact par écrit avec mon intermédiaire d'assurance ou APRIL Assurances.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire avec mon accord, sa désignation devient irrévocable et que je devrai recueillir l'accord préalable du bénéficiaire acceptant pour toutes les opérations sur mon contrat d'assurance, notamment pour les demandes de rachat, ou de changement de bénéficiaire.

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

"Signature du souscripteur précédée de la mention "lu et approuvée"

 Fait à

 le

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

 Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662

Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier merle - 69439 Lyon cedex 03

A compléter obligatoirement

Le débiteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

 Code Postal : Ville :
 Date : Signature :
Codes
Le compte à débiter

Etablissement

Guichet

N° de compte

Clé RIB

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :

Adresse :

 Code Postal : Ville :
Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).