CARCEPT GARANTIE ACCIDENT
DEMANDE DE SOUSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AFFILIÉ :

(Nom, prénom, adresse complète et numéro de téléphone)

☐ **Cochez ici pour bénéficier de la protection Décès Accidentel de 500 € sans frais.**

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ E-mail (facultatif) : _____ @ _____

POUR UNE PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE JUSQU'À 120 000 €
Cochez seulement une case ci-dessous.

Vous ▶	☐ **15 000 €**	☐ **30 000 €**	☐ **60 000 €**	☐ **90 000 €**	☐ **120 000 €**
Cotisation mensuelle ▶	*4,10 €*	*8,20 €*	*16,35 €*	*24,50 €*	*32,70 €*
Vous et votre conjoint ▶	☐ **15 000 €**	☐ **30 000 €**	☐ **60 000 €**	☐ **90 000 €**	☐ **120 000 €**
Cotisation mensuelle ▶	*6,55 €*	*13,10 €*	*26,20 €*	*39,25 €*	*52,35 €*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT - *SI PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE SOUHAITÉE AUSSI POUR LE CONJOINT* (lettres majuscules SVP).

☐ Mlle ☐ Mme ☐ M. Nom _____

Prénom(s) _____

Date de naissance ☐☐ (Jour) ☐☐ (Mois) ☐☐☐☐ (Année)

Je/nous souhaite (souhaitons) souscrire à CARCEPT Garantie Accident et reconnais (reconnaissons) avoir pris connaissance de la notice d'information relative à ce contrat. J'ai/nous avons désigné mes/nos bénéficiaires au verso.

Vous pouvez renoncer à la souscription du présent contrat dans les 30 jours qui suivent sa réception. Cette renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec avis de réception à la CARCEPT-Prévoyance, 60505 Chantilly cedex. Elle peut être rédigée selon le modèle indiqué dans la notice d'information.

Date ☐☐ (Jour) ☐☐ (Mois) ☐☐☐☐ (Année) X _____ Signature de :

IMPORTANT - VOUS DEVEZ RENVOYER CETTE DEMANDE AVANT LE : _____ N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT

Conformément à la Loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez du droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant sur le fichier à l'usage de l'institution, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés en vous adressant au siège social de la CARCEPT-Prévoyance.

Ne pas détacher. Ce document sera remis à votre banque par la CARCEPT-Prévoyance.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

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

CRÉANCIER

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
399 548

CARCEPT-Prévoyance
Institution de prévoyance du transport
174 rue de Charonne 75128 Paris cedex 11

1 TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

2 COMPTE À DÉBITER

Codes Établissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB
☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Établissement _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

4 SIGNATURE

Date _____

X _____

identifiant CARCEPT-Prévoyance

DUM68/1M/RO

CF1-DUM068-12

N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

<identifiant algorythme>

Pour l’affilié :

Bénéficiaires en cas de décès avant le terme du contrat (cochez l’une des 3 cases ci-dessous) :

☐ **1.** Mon conjoint non-divorcé ni séparé de corps, à défaut la personne avec laquelle j’aurais souscrit un pacte civil de solidarité, à défaut mon concubin, à défaut mes autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, sans tenir compte des donations et testaments.

☐ **2.** Mes enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales.

☐ **3.** Autres bénéficiaires (merci d’indiquer leurs noms, prénoms et la part du capital revenant à chacun d’eux. À défaut la répartition s’opère par parts égales) :

À défaut de choix exprimé, la clause 1 s’appliquera.

Pour le conjoint :

Bénéficiaires en cas de décès avant le terme du contrat (cochez l’une des 3 cases ci-dessous) :

☐ **1.** Mon conjoint non-divorcé ni séparé de corps, à défaut la personne avec laquelle j’aurais souscrit un pacte civil de solidarité, à défaut mon concubin, à défaut mes autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, sans tenir compte des donations et testaments.

☐ **2.** Mes enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales.

☐ **3.** Autres bénéficiaires (merci d’indiquer leurs noms, prénoms et la part du capital revenant à chacun d’eux. À défaut la répartition s’opère par parts égales) :

À défaut de choix exprimé, la clause 1 s’appliquera.
En cas d’acceptation par le bénéficiaire de sa désignation, celle-ci devient irrévocable. Pour plus de précisions, reportez-vous à la notice d’information.