CNP assurances

ANTICIPA
SANTE & PREVOYANCE

Contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative n°3038C et n°3039D, souscrits auprès de CNP Assurances

BULLETIN D'ADHESION n° : .....

Code établissement : .....

ADHERENT/ASSURE

Civilité ☐ M ☐ Mme ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ☐ Partenaire de PACS

Nom de naissance ..... **Nom d'usage** .....

Prénoms : .....

Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__| **Commune ou Pays de naissance** .....

Nationalité ☐ Française ☐ Autre, précisez .....

Ministère de rattachement ☐ Éducation nationale* ☐ Enseignement supérieur, Recherche et Innovation* ☐ Culture* ☐ Sports*
* et établissements publics qui leur sont rattachés

Statut ☐ Agent titulaire (fonctionnaire) actif ☐ Agent non titulaire de droit public (contractuel) actif ☐ Stagiaire (pré-titularisation) ☐ Retraité

☐ Ayant cause* de M. ou Mme .....
*personne veuve ou orpheline d'un fonctionnaire, fonctionnaire stagiaire, contractuel ou retraité décédé

Profession ..... **Date d'entrée dans la Fonction publique** |__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse personnelle de l'adhérent/assuré .....

.....

Commune ..... **Code postal** |__|__|__|__|__| **Pays** .....

Tel. Domicile |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Tel. Mobile** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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).

Résidence fiscale .....

.....

Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 2 dernières années, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan (ou un membre direct de votre famille ou toute autre personne à laquelle vous êtes étroitement associé) ? La liste des personnes et des fonctions visées figure en annexe 2.

☐ Non ☐ Oui, précisez la fonction exacte occupée : ..... Pays : .....

ANTICIPA
SANTE Contrat n°3038C

Je choisis une formule SANTE (descriptif des garanties en annexe 1) :

☐ **Essentielle** ou ☐ **Confort** ou ☐ **Confort+**

Je complète la liste des personnes à assurer au régime de Frais de Soins de Santé :

	Nom de naissance	Prénom	Date et lieu de naissance	Sexe	Régime de Sécurité sociale	N° de Sécurité sociale	N° de Sécurité de rattachement des enfants	Autre complémentair santé
Adhérent(e)				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non
Conjoint/ Concubin/PACS				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non
1er Enfant				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non
2e Enfant				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non
3e Enfant				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non
4e Enfant				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non
5e Enfant				☐ M ☐ F	☐ Général ☐ Local Alsace Moselle			☐ Oui ☐ Non

ANTICIPA
PREVOYANCE

Contrat n°3039D **Contrat non accessible aux ayants cause et aux retraités**

Je choisis une formule

	☐ Essentielle	ou ☐ Confort	ou ☐ Confort+
Capital versé en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	90% du traitement de référence	95% du traitement de référence	100% du traitement de référence
Indemnités journalières versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	75% du traitement de référence	85% du traitement de référence	95% du traitement de référence
Rente temporaire versée en cas d'Invalidité Permanente (IP)	50% du traitement de référence	75% du traitement de référence	75% du traitement de référence

Je désigne des bénéficiaires en cas de DECES :

Sauf stipulation contraire, le capital décès est attribué selon la clause type suivante :
- à mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, à défaut à mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- à défaut à 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 à 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 à mes héritiers par parts égales entre eux.

La **clause libre** ci-dessous, vous permet de procéder à une attribution différente du capital décès. Dans ce cas, indiquez les noms de naissance, prénoms, date et lieu de naissance du/des bénéficiaire(s), les coordonnées de ce(s) dernier(s), ainsi que la répartition en pourcentage en cas de pluralité de bénéficiaires.

. . . . . .

. . . . . .

- **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :** Le capital est versé à l'assuré lui-même
- **En cas d'Incapacité de travail :** Les Indemnités journalières ou la Rente temporaire d'invalidité sont versées à l'assuré lui-même

PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation globale annuelle s'élève à **€** (y compris le coût de l'assistance et des services)

Détail des cotisations annuelles : **Au titre du contrat 3038C ANTICIPA Santé**

Montant de la cotisation de l'adhérent : . . . . . €

Montant de la cotisation du conjoint(e)/concubin(e)/partenaire PACS : . . €

Montant de la cotisation du(des) enfant(s) : . . . . . €

Au titre du contrat 3039D ANTICIPA Prévoyance . . . . . €

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance dans les 10 jours précédant chaque échéance.

Je règle les cotisations par PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES mensuels et j'autorise OWLIANCE à les prélever sur le compte bancaire ouvert à mon nom. (Complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-joint et joignez un RIB à votre nom.

CNP assurances

ANTICIPA
SANTE & PREVOYANCE

DECLARATION DE L'ADHERENT

Je soussigné(e) (nom et prénom) . . . . . déclare :

• demander l'adhésion :

au(x) contrat(s) d'assurance de groupe : ☐ n°3038C, ANTICIPA Santé et je reconnais avoir reçu la notice correspondante
☐ n° 3039D, ANTICIPA Prévoyance et je reconnais avoir reçu la notice correspondante

et aux garanties d'assistance, et aux services associés, dont je reconnais avoir reçu les documents descriptifs,

• 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,

• 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 contrat dans les trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

• 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 justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles sont soumis les 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 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 cedex15.

Fait en deux exemplaires à : . . . . . ,
le : . . . . .

Signature de l'Adhérent
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »

CNP assurances

ANTICIPA SANTÉ

ANNEXE 1 : DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les remboursements du contrat Anticipa sont effectués en complément des remboursements du Régime d'assurance maladie ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrats responsables ».

PRESTATIONS	Formule Essentielle	Formule Confort	Formule Confort +
Médecine courante	*sous déduction de la Ss*	*sous déduction de la Ss*	*sous déduction de la Ss*
Consultation / Visite généraliste & sage femme	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation / Visite spécialiste adhérant aux DPTAM*	100% BR	150% BR	200% BR
Consultation / Visite spécialiste n'adhérant pas aux DPTAM*	100% BR	130% BR	180% BR
Actes Techniques / Praticien adhérant aux DPTAM*	100% BR	125% BR	125% BR
Actes Techniques / Praticien n'adhérant pas aux DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie / Praticien adhérant aux DPTAM*	100% BR	125% BR	125% BR
Radiologie / Praticien n'adhérant pas aux DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	125% BR	125% BR
Auxiliaires médicaux (kiné, infirmier...)	100% BR	125% BR	125% BR
Médecine douce (ostéopathe, acupuncture, chiropracteur, homéopathe non remboursé, diététicien)	75€ / an	125€ / an	150€ / an
Psychothérapie (20 séances max / an)	15€ / séance	15€ / séance	20€ / séance
Participation forfaitaire**	100%	100%	100%
Hospitalisation			
Frais de séjour	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux / Praticien adhérant aux DPTAM*	150% BR	150% BR	200% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux / Praticien n'adhérant pas aux DPTAM*	130% BR	130% BR	175% BR
Participation forfaitaire**	100%	100%	100%
Chambre particulière avec nuitée en Médecine Chirurgie Obstétrique y/c maternité	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
Chambre particulière en ambulatoire	15 €	20 €	25 €
Lit d'accompagnement	25 €	25 €	25 €
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical important	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à service médical modéré	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à service médical faible	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception / tests de grossesse			
Vaccins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale			
Sevrage tabagique	75€ / an	125€ / an	150€ / an
Bilan psychomotricité			
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale			
Optique			
Adulte (≥ 18 ans)	Un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf changement d'acuité visuelle		
Verres Unifocaux simples (classe A)	50 €	100 €	150 €
Verres Unifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux simples (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux très complexes (classe C)	200 €	300 €	400 €
Monture	30 €	60 €	90 €

DESCRIPTIF DES GARANTIES - suite

	Formule Essentielle	Formule Confort	Formule Confort +
	sous déduction de la Ss	*sous déduction de la Ss*	*sous déduction de la Ss*
Optique			
Enfant (< 18 ans)	Un équipement (monture + 2 verres) tous les ans		
Verres Unifocaux simples (classe A)	50 €	100 €	150 €
Verres Unifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux simples (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux complexes (classe B)	200 €	260 €	320 €
Verres Multifocaux très complexes (classe C)	200 €	260 €	320
Monture	25 €	35 €	45 €
Lentilles remboursées et non remboursées	100% BR + 100€ / an	100% BR + 135€ / an	100% BR + 170€ / an
Chirurgie réfractive de l'oeil	—	300€ / oeil	400€ / oeil
Dentaire			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay / Onlay	150% BR	200% BR	300% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (y/c Inlay core)	150% BR	200% BR	300% BR
Implants dentaires	250 € / an	500 € / an	750 € / an
Orthodontie enfant	150% BR	200% BR	300% BR
Parodontologie	50€ / an	75€ / an	100€ / an
Prothèse non dentaire			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	100% BR	100% BR	100% BR
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèse auditive (par prothèse)	600 €	700 €	800 €
Entretien et réparation	100% BR + 50€ / an	100% BR + 50€ / an	100% BR + 50€ / an
Autres prothèses (oculaires, mammaires, capillaires) remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermale			
Frais de surveillance médicale	100% BR	100% BR	100% BR
Frais d'hébergement	75 €	100 €	150 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels engagés par l'assuré

Ss : Sécurité sociale

* DPTAM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale) : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

** Visée par l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale.

ANNEXE 2

Sont considérées comme des **membres directs de la famille** de l'adhérent :

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° En ligne directe, les ascendants, descendants et alliés, au premier degré, 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.

Sont considérées comme des **personnes étroitement associées** à l'adhérent :

1° Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec ce client ;

2° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec ce client.

Sont considérées comme des **Fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives** de premier plan :

1° Chef d'État, 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 ;

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, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ;

7° Officier général et officier supérieur des forces armées ;

8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;

9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

ANTICIPA
SANTE & PREVOYANCE

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

DEBITEUR

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Owliance, qui intervient pour le compte de CNP Assurances, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Owliance. Vous bénéficiez 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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Adresse . . . . .

Code Postal |_|_|_|_|_| Ville . . . . .

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN

BIC

Paiement [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

CREANCIER

Identifiant Créancier SEPA	FR96ZZZ427701
Nom	Owliance pour CNP Assurances
Siège social	105 rue du faubourg Saint-Honoré 75008 Paris

Signature

Fait à . . . . . Le . . . . .

Signature

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, 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.

Janvier 2018