

Votre contact

Nicolas COSYNS

Tél : 02 48 27 57 31

Email : contact@capital-obseques-unrpa.com


Capital Obsèques UNRPA

27 rue Charles Durand – CS 70139

18021 Bourges Cedex

Madame, Monsieur,

Vous venez d'éditer votre bulletin de souscription. Ce document comprend également le mandat SEPA.

Une fois imprimé, il conviendra de le compléter, de dater et signer aux endroits indiqués par le symbole 

Le mandat SEPA est à compléter en intégralité.

Attention : il appartient au titulaire du compte à débiter de dater et signer le mandat.

Afin de finaliser votre souscription, vous devez nous retourner par voie postale :

- Le dossier de souscription,
- Un RIB,
- Une copie recto / verso de votre pièce d'identité

Adresse Postale :

Capital Obsèques
27 rue Charles Durand - CS 70139
18021 Bourges Cedex

Nous nous tenons à votre entière disposition pour tout complément d'information au **02 48 27 57 31**.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Nicolas COSYNS



UNRPA

Souscripteur du contrat d'assurance
47 bis rue Kleber – 93400 Saint Ouen

www.unrpa.com

COSYNS COURTAGE

Courtier en Assurances
27 rue Charles Durand – 18000 Bourges

SAS au capital de 10 000 euros
RCS Bourges B 533 836 284
N° Orias : 11 063 260
www.orias.fr

SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE

Compagnie d'assurance.
7 rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret

SA au capital de 169.036.086,38 euros
Entreprise régie par le code des assurances
RCS Nanterre 341 785 632
www.swisslife.fr

Fédération :

Section de :

Section isolée :


(Si vous n'êtes pas rattaché à une fédération)

Bulletin de souscription

au contrat d'assurance de groupe n° L.1042 0001 souscrit par l'UNRPA 47 bis rue Kléber 93400 SAINT OUEN
par l'intermédiaire de COSYNS Courtage SAS 27 rue Charles DURAND 18000 BOURGES - Orias n° 11 063 260 (site internet www.orias.fr)
auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine 7 rue Belgrand 92300 LEVALLOIS-PERRET RCS 341 785 632 Nanterre

SOUSCRIPTEUR/ASSURE	
<input type="checkbox"/> Mme (*)	<input type="checkbox"/> Mr (*)
NOM	Nom de jeune fille
Prénom d'usage	Prénom d'état civil
Date de naissance	Nationalité
Lieu de naissance (ville et pays)	Code postal
Situation de famille (*) : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé	
Adresse : N° Rue	
Code postal Ville	
Téléphone/mobile e-mail @	
Pièce d'identité produite	
Nature n° délivrée le à	
Capital choisi (*) : <input type="checkbox"/> 3.000 € <input type="checkbox"/> 4.000 € <input type="checkbox"/> 6.000 €	
Cotisation mensuelle reportez-vous au tableau figurant au recto de cette page pour la calculer	
Bénéficiaires (*)	
<input type="checkbox"/> Mon conjoint, ni divorcé, ni séparé de corps, à défaut mon partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes héritiers	
<input type="checkbox"/> L'opérateur funéraire en charge de mes obsèques à concurrence des sommes qui lui sont dues et dans la limite du capital garanti, le solde éventuel revenant à :	
Nom du bénéficiaire Prénoms	
Date et lieu de naissance	
Lien de parenté	
à défaut mes héritiers	
<input type="checkbox"/> Texte libre (indiquez le nom, prénom, date et lieu de naissance du(des) bénéficiaire(s) et éventuellement la part en pourcentage attribuée à chaque bénéficiaire	
.....	
.....	
à défaut mes héritiers	

(*) Cochez la case correspondante – ATTENTION : une seule case doit être cochée

Déclaration
Je soussigné le Souscripteur/Assuré déclare
<ul style="list-style-type: none">• avoir pris acte que mon contrat prend effet à la date d'émission du Certificat Personnel d'assurance• avoir pris connaissance des dispositions générales valant note d'information et les accepter sans aucune réserve.
Fait à, le
Signature du Souscripteur 

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe SwissLife mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi du dossier par cette entité et l'envoi de documents concernant les produits du groupe SwissLife, destinataire avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du Groupe SwissLife afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Votre demande est à adresser à la Direction Marketing de Swiss Life 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny 59671 ROUBAIX cedex 01. En cas de demande liée à des données médicales, votre demande doit être formulée à l'attention du médecin-conseil 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret.

Cotisations mensuelles TTC en €

	Capital choisi		
	3 000 €	4 000 €	6 000 €
Age à la souscription (*)			
50 à 54 ans	13,20	17,60	26,40
55 à 59 ans	15,60	20,80	31,20
60 à 64 ans	18,30	24,40	36,60
65 à 69 ans	22,50	30,00	45,00
70 à 74 ans	29,40	39,20	58,80
75 à 79 ans	38,40	51,20	76,80
80 à 84 ans	61,80	82,40	123,60

(*) Pour déterminer votre tranche d'âge, calculez la différence entre l'année en cours et votre année de naissance
 Ex : année de souscription : 2014 – année de naissance : 1959 – âge à la souscription 55 ans (2014-1959)

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

➔ JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

COMPTE A DEBITER - IBAN

IBAN :

Adresse de la banque ou CCP
.....

Code postal : Ville :

Identifiant Créancier SEPA de SwissLife Assurance et Patrimoine : FR71ZZZ299723

Référence Unique du Mandat : elle vous est communiquée avec les documents contractuels

En signant ce formulaire de mandat :

- vous autorisez Swiss Life à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Swiss Life.

Les parties conviennent d'un commun accord que Swiss Life vous informera de la mise en place des prélèvements au minimum dans un délai de 5 jours avant la date du premier prélèvement effectué.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE

Fait à

Le

Signature (obligatoire)



Points de contact pour votre mandat de prélèvement SEPA :

- Information, modification ou révocation du mandat : 0 825 317 317 (0,15 €/mn)
- Réclamation relative à un prélèvement effectué : 0 974 750 900

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Conformément à la loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe SwissLife mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi du dossier par cette entité et l'envoi de documents concernant les produits du groupe SwissLife, destinataire avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein du Groupe SwissLife afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Votre demande est à adresser à la Direction Marketing de Swiss Life 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny 59671 ROUBAIX cedex 01. En cas de demande liée à des données médicales, votre demande doit être formulée à l'attention du médecin-conseil 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret.