



SELECTION OBSEQUES + VOTRE DEMANDE DE SOUSCRIPTION



SAS Actazurpatrimoine
147, impasse des Gorgones
83230 Bormes-les-Mimosas
Tél. : 06 09 45 10 46
Email : contact@actazmp.com

HennerTM

ADHERENT

Je soussigné(e) Mme M.

Nom, prénom : Nom de naissance :

Date de naissance : |_|_| / |_| / |_|_|_| Commune de naissance : Département de naissance : |_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Tél fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse mail :

Pièce d'identité justificative:

Carte d'identité Passeport Carte de séjour Livret de famille (pour les enfants de 12 à 17 ans, à défaut de carte d'identité)

REPRESENTANT LEGAL (SI L'ADHERENT EST UN MINEUR OU MAJEUR PROTEGE)

Administrateur légal Tuteur Curateur Père Mère

M. Mme Mlle Personne morale / Statut juridique :

Nom et prénom / Raison sociale : Nom de naissance :

Date de naissance: |_|_| / |_| / |_|_|_| Lieu de naissance :

Correspondant personne morale : M. Mme Mlle Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

Tél fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse mail :

Pièce d'identité justificative :

Carte d'identité Passeport Titre de séjour/carte de résident

GARANTIE DE BASE : CAPITAL OBSEQUES

> Je choisis un capital de € (compris entre 1000 € et 10000 € par tranche de 500 €)

> J'opte pour une cotisation :

périodique → 5 ans 10 ans 20 ans

viagère

Le montant de ma cotisation pour le capital obsèques est de € / mois*

*Ce tarif ne tient pas compte de la réduction de 10% dont vous bénéficiez si votre conjoint souscrit un capital obsèques en même temps que vous.

GARANTIES OPTIONNELLES (uniquement en cotisation viagère)

Option Rapatriement Terre d'Origine

J'opte pour la garantie optionnelle «Rapatriement Terre d'Origine»

Je choisis un rapatriement dans la zone : Outremer Interdom Maghreb Europe Reste du monde

Je précise mon pays d'origine :

Le montant de ma cotisation pour l'option «Rapatriement Terre d'Origine» est de € / mois

Option Frais de réception après décès

J'opte pour la garantie optionnelle «Frais de réception»

Le montant de ma cotisation pour l'option «Frais de réception» est de € / mois

COTISATION GLOBALE

Ma cotisation totale en euros : **€/mois** (Hors cotisation statutaire annuelle de 8 € et hors réduction couple de 10 %)

- > Pour le bénéfice des services d'information, d'assistance et de tiers payant mis en œuvre à destination des familles, je déclare adhérer à l'Association La Garantie Obsèques et m'engage à verser la cotisation statutaire annuelle de 8 € pendant toute la durée de paiement.
- > **Je choisis un prélèvement :** Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel
- > **Je choisis la date du prélèvement :** 5 du mois 15 du mois

BENEFICIAIRE

Le capital sera affecté au financement de mes obsèques et, je désigne comme bénéficiaire du capital garanti à la date du décès, à hauteur des frais d'obsèques réels, l'entreprise de Pompes Funèbres ayant réalisé les obsèques ou la personne physique ou morale ayant supporté les frais d'obsèques. J'ai pris note que le montant choisi pourrait être insuffisant pour couvrir l'intégralité des frais d'obsèques.

Pour le solde éventuel, je désigne :

- Les bénéficiaires tels que prévus dans les dispositions générales du contrat
- La (les) personne(s) désignée(s) ci-dessous (nom patronymique, nom d'usage, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale), à défaut mes héritiers :

.....

Pour les enfants de 12 à 17 ans, la seule clause bénéficiaire acceptée pour le reliquat est « ses héritiers en proportion de leurs parts héréditaires ». Pour les mineurs ou majeurs protégés, le représentant légal ne pourra pas être désigné en tant que bénéficiaire du reliquat sauf à ce qu'un autre représentant légal ait été désigné par le juge.

JE DECLARE

Avoir été informé(e) :

- > Que l'offre **SELECTION OBSEQUES +** a été conçue en partenariat par l'Association La Garantie Obsèques et Henner, société habilitée pour la présentation d'opérations d'assurance, qui en assure également la distribution et la gestion.
- > Que les garanties offertes par l'offre **SELECTION OBSEQUES +** résultent d'un contrat individuel d'assurance sur la vie conçu et placé par Henner auprès d'Allianz Vie pour la couverture des frais d'obsèques et d'un contrat collectif d'assistance souscrit par Henner auprès de Filassistance pour l'assistance. Allianz Vie et Filassistance sont deux sociétés qui relèvent du Code des Assurances ; Henner n'a aucun lien d'exclusivité avec ces deux sociétés.
- > Les données à caractère personnel qui sont recueillies dans le cadre des présentes font l'objet – dans le cadre de la législation applicable – d'un traitement dont la finalité est la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de votre contrat d'assurance, elles sont conservées pour la durée nécessaire à son exécution. Ces données sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat, notamment aux réseaux de pompes funèbres intervenant dans la gestion des garanties.

Ces données pourront également faire l'objet, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de traitements spécifiques mis en œuvre dans le cadre de :

- La lutte contre la fraude en assurance ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme ;

Dans tous les cas, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, de limitation, d'effacement, de portabilité et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage d'Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à l'adresse email suivante : dpo@henner.com – ou par courrier à l'adresse postale « Groupe Henner, Délégué à la Protection des Données, Direction des Risques, 14 boulevard du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France ».

Avoir pris connaissance et accepter la teneur des Dispositions Générales.

Avoir reçu et pris connaissance des barèmes de valeurs de rachat pour les huit premières années d'assurance ainsi que des modalités de calcul de la valeur de réduction.

Prendre acte des accords intervenus entre l'Association La Garantie Obsèques et les entreprises de Pompes Funèbres pour l'exécution, par les soins de ces organismes ou de leurs correspondants et, selon la garantie choisie, des obsèques des participants qui viendraient à décéder pendant la durée de souscription.

Avoir noté que je dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer à ma souscription tel que précisé dans les Dispositions Générales afférentes au capital obsèques et à la garantie assistance transmises avec le présent document.

Le souscripteur

Fait à le

Signature :

Date et signature des 2 représentants légaux (si enfant de 12 à 17 ans) OU du représentant légal (si majeur /mineur protégé), précédées de la mention « lu et approuvé »

EN CAS D'ADHESION D'UN ENFANT DE 12 A 17 ANS

- > La demande de souscription doit être signée par les deux représentants légaux en précisant cette mention au-dessus des signatures.
- > La signature de l'enfant est également obligatoire.
- > Les justificatifs d'identité des 2 représentants légaux doivent impérativement être adressés avec la demande de souscription.

EN CAS D'ADHESION D'UN MAJEUR OU MINEUR PROTEGE

- > La demande de souscription doit être signée par le majeur /mineur protégé en qualité d'adhérent et d'assuré
- > La signature du représentant légal (tuteur, curateur, etc.) est également obligatoire



SAS Actazurpatrimoine

147, impasse des Gorgones 83230 Bormes-les-Mimosas
Tél. : 06 09 45 10 46 - Email : contact@actazmp.com

PIECES JUSTIFICATIVES PRECONISEES :

- La demande de souscription complétée, datée et signée
- Un relevé d'identité bancaire (RIB)
- Le mandat de prélèvement (SEPA) complété, daté et signé
- La copie de la pièce d'identité du souscripteur (carte d'identité, passeport, carte de séjour) en cours de validité

Pour l'adhésion d'un couple non marié : Une copie du PACS ou certificat de concubinage, ou attestation sur l'honneur signée des deux intéressés et de deux témoins (pour bénéficier de la remise couple)

Pour l'adhésion d'un enfant de 12 à 17 ans : Une copie du livret de famille (à défaut d'une carte d'identité) ainsi que la copie de la pièce d'identité des deux représentants légaux

Pour l'adhésion d'un majeur/mineur protégé :

- Une copie de l'ordonnance du juge des tutelles de mise sous protection
- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité du représentant légal (curateur, tuteur)
- Une copie de l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille (**uniquement pour les majeurs/mineurs sous tutelle**)

La réalisation des diligences relatives aux obligations en matière d'identification et de vérification de l'identité du souscripteur du contrat, ainsi que sa capacité (conformément aux articles L.561-5 et suivants du code monétaire et financier), incombent à votre courtier lorsque le contrat est souscrit par son intermédiaire.

Mandat de prélèvement SEPA

Henner™

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez Henner SAS Département La Garantie Obsèques à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Henner SAS Département La Garanties Obsèques. 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 éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER :

Henner SAS

Département La Garantie Obsèques

14 boulevard du Général Leclerc,
CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex

Identifiant Créancier SEPA

FR54GOE413616

Référence Unique de Mandat

LE DEBITEUR (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules) :

Nom / Prénom : Raison Sociale :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Coordonnées bancaires du compte à débiter (**Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire**) :

IBAN : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LE TIERS-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR) :

Nom / Prénom :

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom.
Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : Le : / /

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature :

À retourner à :

SAS Actazurpatrimoine
147, impasse des Gorgones
83230 Bormes-les-Mimosas

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.