

Formule couple premier décès

Veillez indiquer ici votre choix (un seul choix possible - ne pas barrer ou modifier le texte de ce choix)

- Le bénéficiaire sera le conjoint survivant, à défaut, les enfants de l'assuré décédé, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les autres héritiers légaux de l'assuré décédé.
- Les bénéficiaires seront les (1) personnes désignées (2) ci-après et à parts égales :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Adresse (rue, code postal et commune)

À défaut, les bénéficiaires seront les héritiers légaux de l'assuré décédé.
 Les bénéficiaires sont désignés dans le courrier libre ci-joint. À défaut, ce seront les héritiers légaux de l'assuré décédé.
 Les bénéficiaires sont désignés par testament chez Maître (nom et adresse)
.....
À défaut de testament, les bénéficiaires seront les héritiers légaux de l'assuré décédé.
(1) Nombre de personnes désignées (2) Indiquer tous les éléments demandés pour chaque personne désignée.

Formule couple second décès

Veillez indiquer ici votre choix (un seul choix possible - ne pas barrer ou modifier le texte de ce choix) :

- Les bénéficiaires seront les enfants de l'assuré décédé, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les autres héritiers légaux de l'assuré décédé.
- Les bénéficiaires seront les (1) personnes désignées (2) ci-après et à parts égales :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Adresse (rue, code postal et commune)

À défaut, les bénéficiaires seront les héritiers légaux de l'assuré décédé.
 Les bénéficiaires sont désignés dans le courrier libre ci-joint. À défaut, ce seront les héritiers légaux de l'assuré décédé.
 Les bénéficiaires sont désignés par testament chez Maître (nom et adresse)
.....
À défaut de testament, les bénéficiaires seront les héritiers légaux de l'assuré décédé.
(1) Nombre de personnes désignées (2) Indiquer tous les éléments demandés pour chaque personne désignée.

→ CHOIX DU CAPITAL (compris entre 1500 € et 7500 €, par tranche de 750 €)

Veillez indiquer le capital retenu en cochant la case correspondante :

<input type="checkbox"/> 1 500 €	<input type="checkbox"/> 2 250 €	<input type="checkbox"/> 3 000 €
<input type="checkbox"/> 3 750 €	<input type="checkbox"/> 4 500 €	<input type="checkbox"/> 5 250 €
<input type="checkbox"/> 6 000 €	<input type="checkbox"/> 6 750 €	<input type="checkbox"/> 7 500 €

→ MODE DE RÈGLEMENT

(concerne le souscripteur)
Les primes sont prélevées trimestriellement et d'avance sur votre compte bancaire.

→ DATE D'EFFET

Le contrat prend normalement effet dès réception de la demande de souscription dûment remplie et sous réserve du paiement des primes. Mais, si vous désirez une date ultérieure, veuillez la préciser :
je souhaite que mon contrat *Frais d'obsèques* prenne effet le

→ DÉLAI D'ATTENTE

La garantie est accordée après un délai d'attente de six mois à compter de la prise d'effet. En conséquence, tout décès intervenant pendant le délai d'attente ne donnera pas lieu au versement du capital prévu, mais au remboursement intégral des primes versées.

→ SIGNATURE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu de bonne foi, les assurés n'étant pas, à leur connaissance, atteints d'une maladie grave.
Le souscripteur reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions générales et de la garantie d'assistance du contrat *Frais d'Obsèques* :
 Oui Non

Le souscripteur dispose d'un droit de renonciation qu'il peut exercer dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la date de réception des conditions particulières. Il doit pour cela adresser à sa direction régionale une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée suivant le modèle de lettre inclus dans les conditions générales.

À, le

Signature du souscripteur,
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature de l'assuré (s'il n'est pas le souscripteur),
précédée de la mention « Lu et approuvé »

En application de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-vous à votre direction régionale.

www.probt.com

Contrat d'assurance individuelle à adhésion facultative souscrit auprès de la société d'assurance familiale des salariés et artisans SAF BTP VIE. Société anonyme à directoire et conseil de surveillance régie par le code des assurances. Capital de 30 500 000 3. RCS Paris B 332 060 854 - APE 660 A - Siège social : 7 rue du Regard, 75006 PARIS.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier 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 le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
416 870

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
NOM PRÉNOM
N° RUE
CODE POSTAL VILLE

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
SAF BTP
7 rue du Regard
75006 PARIS

COMPTE À DÉBITER
Code établissement Code guichet
N° de compte Clé RIB

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

Date : Signature :

IMP PAR



IMP PAR

