Demande d'adhésion

Vos références (n° d'adhérent) à compléter

CONTRAT MULTISUPPORT CONFIANCE®

À remplir et à renvoyer à votre direction régionale PRO BTP

Adhérent/Assuré (unique : pas de coadhésion)

☐ Mme ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Pacsé ☐ Concubin

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune de naissance : .....

Département de naissance |_|_| Pays de naissance : .....

Nationalité : ..... Si double nationalité, précisez le pays : .....

Adresse : .....

Code postal |_|_|_|_|_| Commune : .....

Pays de résidence fiscale : ☐ France ☐ Autre pays, précisez : .....

Téléphone fixe* |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*☐ *Je ne souhaite pas être informé(e) des actualités et offres du Groupe PRO BTP par téléphone.*
Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel.

E-mail* : ..... @ .....

*☐ *Je souhaite être informé(e) des actualités et offres du Groupe PRO BTP par e-mail.*

Situation de l'adhérent

☐ Salarié du BTP ☐ Retraité du BTP

☐ Artisan ou chef d'entreprise du BTP :

- Nom de l'entreprise : .....
- Nº de Siret |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ● |_|_| - |_|_|_|_| ● |_|_|
- Date de création |_|_|_|_|_|_|_|_|
- Code NACE |_|_| ● |_|_|_| (à défaut) Code APE-NAF |_|_| ● |_|_|

☐ Conjoint, enfant ou membre de la famille d'un ressortissant du BTP :

- Nom et prénom de ce dernier : .....
- Son nº d'adhérent |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ● |_|_|_|
- Son nº de Siret |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ● |_|_| - |_|_|_|_| ● |_|_| (s'il est artisan ou chef d'entreprise du BTP)

☐ J'exerce ou j'ai exercé au cours des 12 derniers mois une fonction[1] politique, juridictionnelle ou administrative importante pour le compte d'un État ou une fonction de direction d'une entreprise publique :

Fonction : ..... Pays : .....

☐ L'un de mes proches (membre direct de la famille ou personne en lien d'affaires étroit) exerce ou a exercé au cours des 12 derniers mois une telle fonction[1] :

Fonction : ..... Pays : .....

Lien avec cette personne : .....

IMP PAR

(1) Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ; Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen ; 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 ; Membre d'une cour des comptes ; Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ; Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ; Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ; Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité.

SBCP 4053 - V16 - 06/2018 - PZAJ29

PRO BTP

Modalité de gestion

Je choisis la modalité de gestion de mon contrat :

☐ Gestion **« Libre »**

☐ Gestion **« À horizon »**

Je choisis la grille : ☐ Grille 1 ☐ Grille 2

et un horizon de ..... ans (avec un minimum de 5 ans).

Mes versements et mon épargne seront répartis automatiquement sur le support en euros **Livret CONFIANCE®** et sur le support en unités de compte **Regard Dynamique** en fonction de la grille et de l'horizon de placement choisis.

Versements

- J'effectue, ce jour, mon premier versement par chèque, à l'ordre de SAF BTP VIE, de ..... €.

  Le montant minimum de chaque versement libre est fixé à 100 € et à 30 € par support choisi.

- Je bénéficie de frais de versement réduits suite au versement de ..... €

  ☐ dans le cadre de la fiscalité épargne handicap

  - ou si mon versement est issu de :

    ☐ capitaux décès versés par PRO BTP ;

    ☐ plans d'épargne salariale ou produits d'épargne retraite distribués par PRO BTP avec une sortie en capital ;

    ☐ l'indemnité de départ à la retraite versée par PRO BTP ;

    ☐ primes de naissance versées par PRO BTP ;

  ☐ ou dans le cadre d'une adhésion simultanée au contrat PERP Confiance BTP (avec mise en place de versements programmés) et au contrat Multisupport (avec un versement initial minimum de 7 500 €).

- Pour mon premier versement et les suivants, je souhaite que mes versements soient effectués sur le ou les support(s) suivant(s) (pour la gestion libre uniquement) :

☐ **Livret CONFIANCE®** (en euros) : ..... % ☐ **Regard Immobilier** (en unités de compte) : ..... %

☐ **Regard Prudent** (en unités de compte) : ..... % ☐ **Regard Monétaire Euro** (en unités de compte) : ..... %

☐ **Regard Équilibré** (en unités de compte) : ..... % ☐ **Regard Obligations Diversifiées** (en unités de compte) : ..... %

☐ **Regard Dynamique** (en unités de compte) : ..... % ☐ **Regard Actions** (en unités de compte) : ..... %

Le total de mes choix est égal à 100 %, en respectant un minimum de 30 € par support choisi. Les versements sur les supports en unités de compte seront investis sur le support en euros **Livret CONFIANCE®** pendant la période de renonciation, puis transférés automatiquement sur le ou les support(s) choisi(s).

Choix de la formule de versement :

☐ Je choisis la formule « versements libres ».

☐ Je choisis la formule par prélèvement automatique :

- avec une périodicité : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle

- d'un montant de ..... €, à chaque versement,

  Le montant minimum de chaque prélèvement est fixé à 30 € par mois, 90 € par trimestre ou 360 € par an et dans le cadre de la gestion libre uniquement, à 30 € par support choisi.

- avec indexation selon l'augmentation du plafond de la Sécurité sociale : ☐ Oui ☐ Non

Le premier prélèvement interviendra au moins un mois après l'enregistrement de ma demande.

Je souhaite programmer ce premier prélèvement le |_|_|_|2|0|_|_|

IMP
PAR

SBCP 4053 - V16 - 06/2018 - PZAJ29

Fiscalité épargne handicap

☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaires en cas de décès de l'assuré

(à remplir obligatoirement et sans rature)

Si l'adhérent est un enfant mineur, les bénéficiaires en cas de décès seront ses héritiers. S'il le souhaite, il pourra en changer à sa majorité ou ultérieurement.

Dans tous les autres cas, veuillez indiquer ici votre choix (un seul choix possible) :

☐ en cas de décès, le bénéficiaire sera mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation au bénéfice du contrat, par parts égales entre eux, à défaut mes autres héritiers **(ne pas barrer ni modifier le texte de ce choix)**.

☐ en cas de décès, les bénéficiaires seront les ..... (2) personnes désignées(3) ci-dessous et à parts égales :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

À défaut ce seront mes héritiers.

☐ Les bénéficiaires en cas de décès sont désignés dans le courrier libre ci-joint.

À défaut ce seront mes héritiers.

☐ Les bénéficiaires en cas de décès sont désignés par testament chez Maître (nom et adresse) :

.....

.....

À défaut de testament, ce seront mes héritiers.

(2) Nombre de personnes désignées.

(3) Indiquer tous les éléments demandés pour chaque personne désignée.

IMP
PAR

SBCP 4053 - V16 - 06/2018 - PZAJ29

Signature

Je déclare avoir été clairement informé et avoir compris que la valorisation de mon épargne sur des supports d'investissement en unités de compte fluctue à la hausse ou à la baisse, selon la valeur de l'unité de compte, et que sa rentabilité, pour être significative, doit être mesurée sur plusieurs années.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance – avant la signature – de la notice d'information résumant les conditions générales et présentant les conditions d'exercice du droit de renonciation, des dispositions de la loi Informatique et libertés n° 78.17 du 6 janvier 1978 et des documents d'informations clés relatifs au contrat et à ses options d'investissement.

Je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires révolus suivant la date de réception du certificat d'adhésion du contrat. Je dois pour cela adresser à la direction régionale PRO BTP dont l'adresse est précisée au moment de l'adhésion une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée suivant le modèle de lettre inclus dans la notice.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et reconnais avoir été informé(e) qu'elles sont obligatoires.

Fait à ..... le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de l'adhérent (4), précédée de la mention « Lu et approuvé ».

(4) Si le contrat est ouvert au nom d'un mineur, signature des deux représentants légaux ou du tuteur précédée de la mention « les représentants légaux » ou « le tuteur ».

Pièces à joindre à la présente demande d'adhésion

- Votre chèque de premier versement à l'ordre de SAF BTP VIE.
- La photocopie intégrale d'une pièce d'identité en cours de validité de l'assuré et de tout autre signataire (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour).
- Le mandat de prélèvement, pour la formule par prélèvement automatique.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB), pour la formule par prélèvement automatique.
- Une photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF-GDF, eau, téléphone, avis d'imposition, quittance d'assurances du logement).
- Pour bénéficier de l'option Épargne Handicap : une photocopie d'un justificatif d'invalidité de catégorie 2 ou 3.

Pour que votre dossier d'adhésion soit conforme aux dispositions légales et aux recommandations de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ainsi que de la Fédération Française de l'Assurance, nous pouvons être amenés à vous demander des pièces complémentaires.

La demande d'adhésion se fait dans le respect de la législation et des directives de l'Assureur concernant les règles pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Réservé à votre conseiller

IMP
PAR

Dans le cadre de ce formulaire, SAF BTP VIE, responsable de traitement, est amené à traiter vos données à caractère personnel, ainsi que celles de vos bénéficiaires, notamment pour l'adhésion, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance vie et de ses garanties, la gestion de la relation clients et la prospection commerciale. Les données collectées sont indispensables à ces traitements.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite loi « Informatique et Libertés », vous et vos bénéficiaires disposez d'un droit d'interrogation, d'accès et de rectification de vos données et d'opposition à leur traitement, que vous pouvez exercer auprès de votre direction régionale, par courrier postal accompagné d'une copie de votre pièce d'identité.

www.probtp.com

Contrats d'assurance collective à adhésion facultative souscrits auprès de la Société d'Assurances Familiales des Salariés et Artisans Vie (SAF BTP VIE).
SAF BTP VIE Société d'Assurances Familiales des Salariés et Artisans Vie – Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
Entreprise régie par le Code des assurances au capital de 126 500 000 € entièrement versé
Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS – SIREN : 332 060 854 – RCS PARIS
La SAF BTP VIE est membre de PRO BTP, groupe paritaire de protection sociale à but non lucratif, au service du Bâtiment et des Travaux publics.
PRO BTP Association de protection sociale du Bâtiment et des Travaux publics régie par la loi du 1er juillet 1901
Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS – SIREN 394 164 966

SBCP 4053 - V16 - 06/2018 - PZAU29

Volet à remplir si vous optez pour le prélèvement automatique

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Titulaire du compte à débiter :

☐ Mme ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville : ..... Pays : .....

Coordonnées bancaires :

IBAN

BIC

IMP
PAR

Créancier :

SAF BTP VIE
7 rue du Regard
75294 PARIS CEDEX 06

Identifiant Créancier SEPA : FR 78 ZZZ 416870

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SAF BTP VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SAF BTP VIE. 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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à ....., le 2 0 Signature :

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

PAGY25