

Contrat assuré par Antin Epargne Pension - 76, rue de la Victoire - 75009 Paris  
SA au capital de 344 274 375 € - RCS Paris B 387 983 893  
Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris

**OFFICE FRANÇAIS DE PRÉVOYANCE FUNÉRAIRE**  
76, rue de la Victoire - 75009 Paris - Tél. : +33 (0)1 55 50 22 40 - Fax : +33 (0)1 40 16 94 21 - [www.ofpf.fr](http://www.ofpf.fr)  
O.F.P.F. - S.A. au capital de 5 000 000 € - RCS Paris B 504 094 046 - N° ORIAS : 08 044 410 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)





# Pleins Services Obsèques

**Contrat d'assurance vie**

**BULLETIN DE SOUSCRIPTION**

OFFP, partenaire fondateur de la Charte du respect de la personne endeuillée,  
signée le 29 octobre 2009 avec Nadine Morano, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille et de la Solidarité.

Épargne



## Identification de l'Assuré et du Souscripteur

L'entrée dans l'assurance est accordée à toute personne assurée à compter de 18 ans.

<b>SOUSCRIPTEUR/ASSURÉ(E)</b> <i>(joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>	<b>CO-SOUSCRIPTEUR/CO-ASSURÉ(E)/ REPRÉSENTANT DU MAJEUR INCAPABLE (*)</b> <i>(si différent de l'Assuré, joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>
<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle	<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de jeune fille : .....	Nom de jeune fille : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....
À : ..... Dépt' : .....	À : ..... Dépt' : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire	Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire
<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)	<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)
Pays de résidence fiscale : France .....	Pays de résidence fiscale : France .....
Tél. : .....	Tél. : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

L'Assuré exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

Le Souscripteur exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

**Personnes à prévenir au moment du décès par ordre de priorité :**

1 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

2 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

3 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

**Ancienneté de la relation avec l'opérateur funéraire mandataire d'un intermédiaire d'assurance :** .....

**Notaire en charge de la succession :** .....

En cas de souscription conjointe (non autorisée pour les époux mariés sous le régime de la séparation de biens), les deux Souscripteurs sont co-assurés, le dénouement du contrat aura lieu au premier décès (régime de communauté légale. Joindre une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage).

(\*) : dans le cadre de la souscription d'un majeur incapable, joindre l'ordonnance de placement et l'autorisation du juge des tutelles.

## Expression des volontés funéraires essentielles de l'Assuré(e)

Culte : ..... Edifice cultuel : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

**Don d'organes** : avez-vous une carte de donneur d'organes ? :  Oui     Non

Le cas échéant, j'accepte que le jour de mon décès, si les circonstances le permettent, on prélève mes organes en vue de greffe à des patients en attente :  Oui     Non

Si oui, une carte de donneur sera alors transmise par France Adot.

**Inhumation** prévue au cimetière : ..... Localité : .....

Concession n° : ..... du : ..... Durée : .....

Acquise par : ..... Lien de parenté : .....

**Crémation** prévue au crématorium de : .....

Destination des cendres (urne) :

Columbarium (n° de la case : ..... )     Dispersion     Scellement de l'urne sur un monument

Sépulture de famille (cf. inhumation ci-dessus)     Remise à la famille     Dépôt temporaire au crématorium

Autre : .....



## Identification de l'Assuré et du Souscripteur

L'entrée dans l'assurance est accordée à toute personne assurée à compter de 18 ans.

<b>SOUSCRIPTEUR/ASSURÉ(E)</b> <i>(joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>	<b>CO-SOUSCRIPTEUR/CO-ASSURÉ(E)/ REPRÉSENTANT DU MAJEUR INCAPABLE (*)</b> <i>(si différent de l'Assuré, joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>
<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle	<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de jeune fille : .....	Nom de jeune fille : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....
À : ..... Dépt' : .....	À : ..... Dépt' : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire	Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire
<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)	<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)
Pays de résidence fiscale : France .....	Pays de résidence fiscale : France .....
Tél. : .....	Tél. : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

L'Assuré exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

Le Souscripteur exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

**Personnes à prévenir au moment du décès par ordre de priorité :**

1 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

2 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

3 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

**Ancienneté de la relation avec l'opérateur funéraire mandataire d'un intermédiaire d'assurance :** .....

**Notaire en charge de la succession :** .....

En cas de souscription conjointe (non autorisée pour les époux mariés sous le régime de la séparation de biens), les deux Souscripteurs sont co-assurés, le dénouement du contrat aura lieu au premier décès (régime de communauté légale. Joindre une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage).

(\*) : dans le cadre de la souscription d'un majeur incapable, joindre l'ordonnance de placement et l'autorisation du juge des tutelles.

## Expression des volontés funéraires essentielles de l'Assuré(e)

Culte : ..... Edifice cultuel : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

**Don d'organes** : avez-vous une carte de donneur d'organes ? :  Oui     Non

Le cas échéant, j'accepte que le jour de mon décès, si les circonstances le permettent, on prélève mes organes en vue de greffe à des patients en attente :  Oui     Non

Si oui, une carte de donneur sera alors transmise par France Adot.

**Inhumation** prévue au cimetière : ..... Localité : .....

Concession n° : ..... du : ..... Durée : .....

Acquise par : ..... Lien de parenté : .....

**Crémation** prévue au crématorium de : .....

Destination des cendres (urne) :

Columbarium (n° de la case : ..... )     Dispersion     Scellement de l'urne sur un monument

Sépulture de famille (cf. inhumation ci-dessus)     Remise à la famille     Dépôt temporaire au crématorium

Autre : .....

Désignation du(des) bénéficiaire(s)

BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ(E)

- L'entreprise de pompes funèbres désignée ci-dessous chargée de l'organisation des obsèques dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture,
- À défaut, en cas de défaillance de l'opérateur funéraire désigné par le Souscripteur, OFPF chargé de l'organisation des obsèques dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture,
- À défaut, la personne physique ayant acquitté la facture relative à la réalisation des obsèques de l'Assuré dans la limite des frais engagés et sur présentation de facture acquittée,
- A défaut, pour le solde, l'Association reconnue d'utilité publique suivante :
o Société Protectrice des Animaux o Fédération des Aveugles et Handicapés de France o Perce Neige
o Ligue Nationale contre le cancer o Fédération française pour le don d'organes et de tissus humains o FAVEC
- À défaut, ou pour le solde, le conjoint de l'Assuré non séparé de corps à la date du décès, à défaut les enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
ou o Le Souscripteur peut également désigner le(les) bénéficiaire(s) de son choix ci-dessous ou ultérieurement par acte sous seing privé ou par acte authentique:
ou o Clause déposée chez Maître (Nom, Prénom)
Notaire à (adresse complète de l'étude) ou son successeur, à défaut mes héritiers.
Seule la désignation d'un opérateur funéraire en tant que bénéficiaire à charge de premier rang de ce contrat garantit l'affectation des capitaux décès dont l'opérateur funéraire est bénéficiaire au financement total ou partiel des obsèques.

Cachet de l'entreprise bénéficiaire

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE DE POMPES FUNÈBRES EN CHARGE DES PRESTATIONS OBSÈQUES

Raison Sociale :
Responsable juridique :
Adresse :
Commune : Code postal :
Téléphone : Fax : E-mail :
N° ORIASS : Habilitation Préfectorale

FINANCEMENT DU CONTRAT PLEINS SERVICES OBSÈQUES EPARGNE

Versement initial (min. 300 €) : €
Frais sur versement (7 %) : €
Frais de dossier, recherche et conseil : €
Soit un total à régler par chèque à l'ordre de ANTIN EPARGNE PENSION de : €
J'opte pour des versements programmés mensuels de : € (facultatif - min. 30 €)
Les versements programmés seront prélevés le 20 de chaque mois. (joindre un RIB et une autorisation de prélèvement)
Merci de bien vouloir joindre à votre envoi la copie d'une pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité.

Je déclare avoir une pleine capacité à contracter les présentes. Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et accepté les Conditions Générales du contrat Pleins Services Obsèques Epargne v815-01 valant note d'information qui précisent notamment que le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin de souscription, sous réserve de l'encaissement du premier versement, date à laquelle le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante: Antin Epargne Pension - Direction de l'Exploitation - 76, rue de la Victoire - 75009 Paris. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les Conditions Générales et retranscrit ci-dessous: « Je soussigné(e), Prénom, Nom, déclare renoncer à ma souscription au contrat Pleins Services Obsèques Epargne, pour lequel j'ai versé.....euros en date du.../.../... Fait à....., le.../.../... Signature. »
Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens des textes législatifs relatifs au blanchiment de capitaux (loi n° 90-641 du 12 juillet 1990, loi n° 96-392 du 13 mai 1996, loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 et loi n° 2009-526 du 12 mai 2009). Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en écrivant à l'adresse suivante: Antin Epargne Pension, 76 rue de la Victoire - 75009 Paris. Ces informations sont destinées à l'Assureur et lui sont nécessaires pour assurer le suivi du dossier. Elles pourront être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat et notamment à mon conseiller. Par la signature du bulletin de souscription, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient transmises.

J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires.

Fait à ....., le .../.../... en 4 exemplaires.

Signature du Mandataire d'intermédiaire d'assurance
(tampon + signature)

Signature(s) (précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)

Assuré

Souscripteur (si différent de l'assuré)

## Identification de l'Assuré et du Souscripteur

L'entrée dans l'assurance est accordée à toute personne assurée à compter de 18 ans.

<b>SOUSCRIPTEUR/ASSURÉ(E)</b> <i>(joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>	<b>CO-SOUSCRIPTEUR/CO-ASSURÉ(E)/ REPRÉSENTANT DU MAJEUR INCAPABLE (*)</b> <i>(si différent de l'Assuré, joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>
<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle	<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de jeune fille : .....	Nom de jeune fille : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....
À : ..... Dépt' : .....	À : ..... Dépt' : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire	Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire
<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)	<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)
Pays de résidence fiscale : France .....	Pays de résidence fiscale : France .....
Tél. : .....	Tél. : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

L'Assuré exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

Le Souscripteur exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

**Personnes à prévenir au moment du décès par ordre de priorité :**

1 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

2 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

3 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

**Ancienneté de la relation avec l'opérateur funéraire mandataire d'un intermédiaire d'assurance :** .....

**Notaire en charge de la succession :** .....

En cas de souscription conjointe (non autorisée pour les époux mariés sous le régime de la séparation de biens), les deux Souscripteurs sont co-assurés, le dénouement du contrat aura lieu au premier décès (régime de communauté légale. Joindre une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage).

(\*) : dans le cadre de la souscription d'un majeur incapable, joindre l'ordonnance de placement et l'autorisation du juge des tutelles.

## Expression des volontés funéraires essentielles de l'Assuré(e)

Culte : ..... Edifice cultuel : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

**Don d'organes** : avez-vous une carte de donneur d'organes ? :  Oui     Non

Le cas échéant, j'accepte que le jour de mon décès, si les circonstances le permettent, on prélève mes organes en vue de greffe à des patients en attente :  Oui     Non

Si oui, une carte de donneur sera alors transmise par France Adot.

**Inhumation** prévue au cimetière : ..... Localité : .....

Concession n° : ..... du : ..... Durée : .....

Acquise par : ..... Lien de parenté : .....

**Crémation** prévue au crématorium de : .....

Destination des cendres (urne) :

Columbarium (n° de la case : ..... )     Dispersion     Scellement de l'urne sur un monument

Sépulture de famille (cf. inhumation ci-dessus)     Remise à la famille     Dépôt temporaire au crématorium

Autre : .....

## Désignation du(des) bénéficiaire(s)

### BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ(E)

- L'entreprise de pompes funèbres désignée ci-dessous chargée de l'organisation des obsèques dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture,
- À défaut, en cas de défaillance de l'opérateur funéraire désigné par le Souscripteur, OFPF chargé de l'organisation des obsèques dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture,
- À défaut, la personne physique ayant acquitté la facture relative à la réalisation des obsèques de l'Assuré dans la limite des frais engagés et sur présentation de facture acquittée,
- À défaut, pour le solde, l'Association reconnue d'utilité publique suivante :
  - Société Protectrice des Animaux       Fédération des Aveugles et Handicapés de France       Perce Neige
  - Ligue Nationale contre le cancer       Fédération française pour le don d'organes et de tissus humains       FAVEC
- À défaut, ou pour le solde, le conjoint de l'Assuré non séparé de corps à la date du décès, à défaut les enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.

- ou  Le Souscripteur peut également désigner le(les) bénéficiaire(s) de son choix ci-dessous ou ultérieurement par acte sous seing privé ou par acte authentique : .....
- ou  Clause déposée chez Maître (Nom, Prénom) .....  
 Notaire à (adresse complète de l'étude) ..... ou son successeur, à défaut mes héritiers.

**Seule la désignation d'un opérateur funéraire en tant que bénéficiaire à charge de premier rang de ce contrat garantit l'affectation des capitaux décès dont l'opérateur funéraire est bénéficiaire au financement total ou partiel des obsèques.**

Cachet de l'entreprise bénéficiaire

### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE DE POMPES FUNÈBRES EN CHARGE DES PRESTATIONS OBSÈQUES

Raison Sociale : .....

Responsable juridique : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

N° ORIAS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Habilitation Préfectorale .....

### FINANCEMENT DU CONTRAT PLEINS SERVICES OBSÈQUES EPARGNE

Versement initial (min. 300 €) : ..... €

Frais sur versement (7 %) : ..... €

Frais de dossier, recherche et conseil : ..... €

**Soit un total à régler par chèque à l'ordre de ANTIN EPARGNE PENSION de : ..... €**

J'opte pour des versements programmés mensuels de : ..... € (facultatif - min. 30 €)

Les versements programmés seront prélevés le 20 de chaque mois. (joindre un RIB et une autorisation de prélèvement)

**Merci de bien vouloir joindre à votre envoi la copie d'une pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité.**

Je déclare avoir une pleine capacité à contracter les présentes. Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et accepté les Conditions Générales du contrat Pleins Services Obsèques Epargne v815-01 valant note d'information qui précisent notamment que le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin de souscription, sous réserve de l'encaissement du premier versement, date à laquelle le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante: Antin Epargne Pension – Direction de l'Exploitation – 76, rue de la Victoire – 75009 Paris. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les Conditions Générales et retranscrit ci-dessous: « Je soussigné(e), Prénom, Nom, déclare renoncer à ma souscription au contrat Pleins Services Obsèques Epargne, pour lequel j'ai versé.....euros en date du... / ... / ... Fait à....., le... / ... / ... Signature. »

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens des textes législatifs relatifs au blanchiment de capitaux (loi n° 90-641 du 12 juillet 1990, loi n° 96-392 du 13 mai 1996, loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 et loi n° 2009-526 du 12 mai 2009). Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en écrivant à l'adresse suivante: Antin Epargne Pension, 76 rue de la Victoire - 75009 Paris. Ces informations sont destinées à l'Assureur et lui sont nécessaires pour assurer le suivi du dossier. Elles pourront être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat et notamment à mon conseiller. Par la signature du bulletin de souscription, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient transmises.

**J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires.**

Fait à ....., le ..... / ..... / ..... en 4 exemplaires.

Signature du Mandataire d'intermédiaire d'assurance  
(tampon + signature)

Signature(s) (précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)

Assuré

Souscripteur (si différent de l'assuré)



## Identification de l'Assuré et du Souscripteur

L'entrée dans l'assurance est accordée à toute personne assurée à compter de 18 ans.

<b>SOUSCRIPTEUR/ASSURÉ(E)</b> <i>(joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>	<b>CO-SOUSCRIPTEUR/CO-ASSURÉ(E)/ REPRÉSENTANT DU MAJEUR INCAPABLE (*)</b> <i>(si différent de l'Assuré, joindre la copie d'une pièce d'identité - CNI, Passeport ou Titre de séjour - en cours de validité)</i>
<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle	<input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Mademoiselle
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de jeune fille : .....	Nom de jeune fille : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....
À : ..... Dépt' : .....	À : ..... Dépt' : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire	Situation familiale : <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire
<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)	<input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Pacsé(e)
Pays de résidence fiscale : France .....	Pays de résidence fiscale : France .....
Tél. : .....	Tél. : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

L'Assuré exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

Le Souscripteur exerce-t-il des fonctions publiques (PPE : mandat électifs, sociaux...) ? .....

**Personnes à prévenir au moment du décès par ordre de priorité :**

1 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

2 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

3 - Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

**Ancienneté de la relation avec l'opérateur funéraire mandataire d'un intermédiaire d'assurance :** .....

**Notaire en charge de la succession :** .....

En cas de souscription conjointe (non autorisée pour les époux mariés sous le régime de la séparation de biens), les deux Souscripteurs sont co-assurés, le dénouement du contrat aura lieu au premier décès (régime de communauté légale. Joindre une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage).

(\*) : dans le cadre de la souscription d'un majeur incapable, joindre l'ordonnance de placement et l'autorisation du juge des tutelles.

## Expression des volontés funéraires essentielles de l'Assuré(e)

Culte : ..... Edifice cultuel : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

**Don d'organes** : avez-vous une carte de donneur d'organes ? :  Oui     Non

Le cas échéant, j'accepte que le jour de mon décès, si les circonstances le permettent, on prélève mes organes en vue de greffe à des patients en attente :  Oui     Non

Si oui, une carte de donneur sera alors transmise par France Adot.

**Inhumation** prévue au cimetière : ..... Localité : .....

Concession n° : ..... du : ..... Durée : .....

Acquise par : ..... Lien de parenté : .....

**Crémation** prévue au crématorium de : .....

Destination des cendres (urne) :

Columbarium (n° de la case : ..... )     Dispersion     Scellement de l'urne sur un monument

Sépulture de famille (cf. inhumation ci-dessus)     Remise à la famille     Dépôt temporaire au crématorium

Autre : .....

## Désignation du(des) bénéficiaire(s)

**BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ(E)**

- L'entreprise de pompes funèbres désignée ci-dessous chargée de l'organisation des obsèques dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture,
  - À défaut, en cas de défaillance de l'opérateur funéraire désigné par le Souscripteur, OFPF chargé de l'organisation des obsèques dans la limite des frais engagés et sur présentation de la facture,
  - À défaut, la personne physique ayant acquitté la facture relative à la réalisation des obsèques de l'Assuré dans la limite des frais engagés et sur présentation de facture acquittée,
  - À défaut, pour le solde, l'Association reconnue d'utilité publique suivante :
    - Société Protectrice des Animaux       Fédération des Aveugles et Handicapés de France       Perce Neige
    - Ligue Nationale contre le cancer       Fédération française pour le don d'organes et de tissus humains       FAVEC
  - À défaut, ou pour le solde, le conjoint de l'Assuré non séparé de corps à la date du décès, à défaut les enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
- ou**  Le Souscripteur peut également désigner le(les) bénéficiaire(s) de son choix ci-dessous ou ultérieurement par acte sous seing privé ou par acte authentique : .....
- ou**  Clause déposée chez Maître (Nom, Prénom) .....  
Notaire à (adresse complète de l'étude) ..... ou son successeur, à défaut mes héritiers.

Cachet de l'entreprise bénéficiaire

**Seule la désignation d'un opérateur funéraire en tant que bénéficiaire à charge de premier rang de ce contrat garantit l'affectation des capitaux décès dont l'opérateur funéraire est bénéficiaire au financement total ou partiel des obsèques.**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE DE POMPES FUNÈRES EN CHARGE DES PRESTATIONS OBSÈQUES**

Raison Sociale : .....

Responsable juridique : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

N° ORIASS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Habilitation Préfectorale .....

**FINANCEMENT DU CONTRAT PLEINS SERVICES OBSÈQUES EPARGNE**

Versement initial (min. 300 €) : ..... €

Frais sur versement (7 %) : ..... €

Frais de dossier, recherche et conseil : ..... €

**Soit un total à régler par chèque à l'ordre de ANTIN EPARGNE PENSION de : ..... €**

J'opte pour des versements programmés mensuels de : ..... € (facultatif - min. 30 €)

Les versements programmés seront prélevés le 20 de chaque mois. (joindre un RIB et une autorisation de prélèvement)

**Merci de bien vouloir joindre à votre envoi la copie d'une pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité.**

Je déclare avoir une pleine capacité à contracter les présentes. Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et accepté les Conditions Générales du contrat Pleins Services Obsèques Epargne v815-01 valant note d'information qui précisent notamment que le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin de souscription, sous réserve de l'encaissement du premier versement, date à laquelle le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante: Antin Epargne Pension – Direction de l'Exploitation – 76, rue de la Victoire – 75009 Paris. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les Conditions Générales et retranscrit ci-dessous: « Je soussigné(e), Prénom, Nom, déclare renoncer à ma souscription au contrat Pleins Services Obsèques Epargne, pour lequel j'ai versé.....euros en date du... / ... / ... Fait à....., le... / ... / ... Signature. »

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens des textes législatifs relatifs au blanchiment de capitaux (loi n° 90-641 du 12 juillet 1990, loi n° 96-392 du 13 mai 1996, loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 et loi n° 2009-526 du 12 mai 2009). Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en écrivant à l'adresse suivante: Antin Epargne Pension, 76 rue de la Victoire - 75009 Paris. Ces informations sont destinées à l'Assureur et lui sont nécessaires pour assurer le suivi du dossier. Elles pourront être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat et notamment à mon conseiller. Par la signature du bulletin de souscription, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient transmises.

**J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires.**

Fait à ....., le ..... / ..... / ..... en 4 exemplaires.

Signature du Mandataire d'intermédiaire d'assurance  
(tampon + signature)

Signature(s) (précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)

Assuré

Souscripteur (si différent de l'assuré)