

BULLETIN D'AFFILIATION PRÉFON-RETRAITE

À retourner sans affranchir à : PRÉFON - AUTORISATION 40980 - 75385 PARIS CEDEX 08

Merci de joindre :

✓ le bulletin d'affiliation complet

✓ la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité

✓ un RIB à votre nom pour les personnes ayant choisi le prélèvement automatique

Pensez à conserver une copie de ce bulletin d'affiliation.

Code

SOFAXIS

Cadre réservé à Préfon

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AFFILIÉ

Je soussigné(e) Mme M. Nom d'usage _____

Prénom _____ Nom de naissance _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____ Département ____

Nationalité _____ Résidence fiscale française : Oui Non

Situation de famille célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) pacsé(e)

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Téléphone fixe _____ Téléphone mobile _____

L'Affilié a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

E-mail _____

Je souhaite être informé(e) de l'actualité Préfon Oui Non

Je souhaite être informé(e) de l'actualité des partenaires Préfon Oui Non

Je m'affilie en qualité de :

Fonctionnaire ou agent public en activité.

Ancien fonctionnaire ou agent public. Je reconnais sur l'honneur avoir été agent de la fonction publique.

Je note ci-après les coordonnées de l'administration, la collectivité ou l'établissement public dans lequel je travaille ou j'ai travaillé :

Établissement _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Catégorie A B C Hors classe Fonction Publique État Territoriale Hospitalière

Conjoint(e) ou partenaire de PACS d'un fonctionnaire.

S'il(elle) est affilié(e) à Préfon-Retraite, j'indique son N° d'affilié(e) : 6 0 2 _____

PUPH, MCUPH.

Veuf(ve) de fonctionnaire.

Autre : précisez _____

2 - COTISATION

✓ **Je choisis la classe de cotisation** _____

Classes existantes : 01, 03, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 15, 18, 24, 30, 45, 60, 80, 100.

Les montants des classes de cotisation sont détaillés au dos de ce bulletin d'affiliation.

✓ **Je choisis de payer ma cotisation :**

Par prélèvement automatique mensuel trimestriel semestriel annuel, à partir du mois de _____.

Dans ce cas, je complète le mandat de prélèvement SEPA ci-contre que je joins avec un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) à mon nom et la photocopie recto/verso, datée et signée de ma pièce d'identité en cours de validité.

Par chèque tiré sur mon compte bancaire d'un montant de _____, ____ € (en fonction de la classe de cotisation choisie) à l'ordre de Préfon-Retraite.

Par précompte (retenues effectuées sur votre traitement, uniquement pour les fonctionnaires en activité). Je souhaite que Préfon me contacte prochainement pour mettre en place la procédure.

3 - VERSEMENT EXCEPTIONNEL (facultatif - article 7 de la Notice d'information)

Je verse _____ € que je règle par chèque ci-joint tiré sur mon compte bancaire à l'ordre de Préfon-Retraite.

4 - BÉNÉFICIAIRE DE LA RÉVERSION EN CAS DE DÉCÈS (art. 20, 21 et 22 de la Notice d'Information)

Par défaut, les droits acquis sont réversibles. Lorsque le bénéficiaire est nommé, il est recommandé à l'affilié de porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'affilié (nom, prénom, date et lieu de naissance, lien de parenté éventuellement).

Oui, j'opte pour la réversion et j'indique ci-après les coordonnées du bénéficiaire :

Si je suis marié(e) ou pacsé(e), j'inscris ci-dessous les coordonnées de mon conjoint ou partenaire de PACS :

Nom _____ Prénom _____
Né(e) le ____ / ____ / _____ à _____ Département _____

Si je ne suis ni marié(e) ni pacsé(e), j'inscris ci-dessous les coordonnées du bénéficiaire :

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____
Né(e) le ____ / ____ / _____ à _____ Département _____

Non, je renonce à la réversion. Je coche la case ci-contre et recopie la phrase suivante « je renonce à la réversion » :

Dans ce cas les points sont majorés de 1% conformément à l'article 20 de la Notice d'Information.

Il est possible de modifier par la suite les options de réversion, selon les dispositions prévues par les art. 20, 21 et 22 de la Notice d'Information.

Faculté de renonciation : vous pouvez renoncer à votre affiliation au présent contrat dans un délai de 30 jours calendaires révolus qui suivent la date de conclusion de votre affiliation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Préfon-Retraite, Centre de Gestion, TSA 43878, 92894 Nanterre Cedex 9. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice d'Information (art. 32).

Je déclare avoir pris connaissance et reçu la Notice d'Information du contrat Préfon-Retraite souscrit par l'association Préfon auprès de CNP Assurances. Je déclare souhaiter m'affilier au régime de retraite complémentaire Préfon-Retraite et déclare satisfaire aux conditions d'affiliation indiquées dans la Notice d'Information. Je donne mon accord à l'utilisation par l'assureur de la langue française pendant toute la durée de l'affiliation. Je reconnais avoir pris connaissance des informations relatives à la vente à distance, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Je m'engage à joindre à la présente demande d'affiliation l'ensemble des pièces demandées. Je donne mandat à l'association Préfon pour agir en mon nom dans le cadre de la gestion du régime Préfon-Retraite. Je demande expressément la prise d'effet des garanties dès la date de conclusion de l'affiliation indiquée sur le certificat d'affiliation, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et sans attendre l'expiration du délai de renonciation.

Je reconnais ne pas être majeur protégé (sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice). Le cas échéant, merci de prendre contact avec un conseiller Préfon.

Fait à _____ Signature _____

Le ____ / ____ / _____ (date de conclusion de l'Affiliation) 

Mandat de prélèvement SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CNP Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions CNP Assurances. Le numéro définitif de la référence unique du mandat correspondra au numéro de compte.

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom _____
Prénoms _____
N° et rue _____
Code postal _____ Ville _____ Pays _____

COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE DE PRÉLÈVEMENT DES COTISATIONS

IBAN (International Bank Account Number) _____
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) _____

Type de paiement : Paiement récurrent

SIGNATURE

Date ____ / ____ / _____

À _____

Identifiant Créancier SEPA (ICS)
de l'assureur : CNP Assurances

FR 76 ZZZ 1 271 67

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

CNP Assurances

CNP ASSURANCES
PRÉFON-RETRAITE
Centre de Gestion
TSA 43878
92894 Nanterre Cedex 9

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
ou du destinataire du paiement

TRÈS IMPORTANT

Prière de retourner cet imprimé en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire à votre nom

MERCI DE REMPLIR CE COUPON INTÉGRALEMENT

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE). Vous pouvez bénéficier 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. Pour toute information contenue dans le présent mandat de prélèvement SEPA, vous pouvez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Pour toute modification ou révocation du mandat de prélèvement SEPA vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser aux centres de clientèles ci-dessus. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat de prélèvement SEPA, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. L'exercice du droit à remboursement de l'opération de paiement ne supprime pas vos obligations vis-à-vis du créancier. Toute contestation ou annulation abusive de votre prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de CNP Assurances.

Des cotisations à la carte

Adaptez votre niveau de cotisation en fonction de vos capacités d'aujourd'hui. Vous aurez ultérieurement la possibilité de changer de classe de cotisation dans les conditions prévues dans la Notice d'Information.

CLASSE DE COTISATION	MONTANT DE VOTRE COTISATION		
01	228 €/an	soit	19 €/mois
03	456 €/an	soit	38 €/mois
05	684 €/an	soit	57 €/mois
06	912 €/an	soit	76 €/mois
07	1 140 €/an	soit	95 €/mois
08	1 368 €/an	soit	114 €/mois
09	1 824 €/an	soit	152 €/mois
10	2 280 €/an	soit	190 €/mois
12	2 736 €/an	soit	228 €/mois

CLASSE DE COTISATION	MONTANT DE VOTRE COTISATION		
15	3 420 €/an	soit	285 €/mois
18	4 104 €/an	soit	342 €/mois
24	5 472 €/an	soit	456 €/mois
30	6 840 €/an	soit	570 €/mois
45	10 260 €/an	soit	855 €/mois
60	13 680 €/an	soit	1 140 €/mois
80	18 240 €/an	soit	1 520 €/mois
100	22 800 €/an	soit	1 900 €/mois

Tableau de cotisations 2017

Chez Préfon, nous sommes transparents

Communication à caractère publicitaire.

Les caractéristiques présentées, dont les conditions et limites sont détaillées dans la notice d'information, dépendent également de la législation en vigueur. Elles sont susceptibles d'évoluer.

Informatique et liberté :

Des renseignements concernant l'affilié figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à l'usage de CNP Assurances et de Préfon-Distribution. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'affilié peut en obtenir communication et modification en adressant une demande écrite à CNP Assurances, correspondant informatique et libertés, 4 place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15 ou auprès de Préfon-Distribution, 12 bis rue de Courcelles 75008 Paris.

Informations sur Préfon-Retraite :

Le régime PRÉFON-RETRAITE est un contrat d'assurance de groupe, régime régi par les articles L. 441-1 et suivants du Code des assurances, dont l'objet est la constitution et le service d'une retraite par rente au profit des affiliés.

Il est souscrit par la Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique (Préfon) association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 ayant son siège social au 12 bis rue de Courcelles, 75008 Paris. L'objet social de l'association est d'offrir aux fonctionnaires et assimilés des régimes de prévoyance complémentaire, notamment en matière de retraite ; d'assurer la représentation des affiliés auprès des pouvoirs publics et des gestionnaires des régimes créés ; de veiller au respect des valeurs des organisations syndicales fondatrices de solidarité, de progrès social et d'égalité dans la gestion des fonds collectés par les régimes créés, notamment par le choix d'investissements socialement responsables.

Il est distribué par la S.A.S Préfon-Distribution au capital social de 200 000 € entièrement libéré. 794 053 629 R.C.S. Paris immatriculée à l'ORIAS sous le n° 13008416 et ayant son siège social au 12 bis rue de Courcelles, 75008 Paris. Préfon-Distribution propose aux agents publics, anciens agents publics et à leurs conjoints le régime de retraite Préfon-Retraite particulièrement conçu pour répondre à leurs attentes et à leurs spécificités.

Il est souscrit auprès de CNP Assurances ayant son siège social au 4 place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15, S.A au capital de 686 618 477 € entièrement libéré, 341 737 062 R.C.S. Paris, Entreprise régie par le Code des assurances, Groupe Caisse des Dépôts. CNP Assurances est réassurée pour le régime Préfon-Retraite par Axa, Groupama et Allianz.

Retrouvez toutes nos informations sur :

www.prefon-retraite.fr



La retraite et la prévoyance
de la fonction publique