

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(E)

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) / pacsé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Adresse :

Code postal _____ Ville : Email :

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).

Je souhaite être informé(e) de l'actualité Préfon Prévoyance : Oui Non Épargne : Oui Non Service : Oui Non

Je m'affilie en qualité de :

Fonctionnaire ou agent public en activité Ancien fonctionnaire ou ancien agent public

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

Établissement : Ville :

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

Veuf(ve) de fonctionnaire Autre : précisez

Par ailleurs, je suis

PUPH, MCUPH

Je précise ma fonction publique : État

Ma catégorie : A - Cadre

Territoriale

B - Agent de maîtrise

Hospitalière

C - Employé

Autre

Hors classe - Cadre +

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. Le changement de classe est possible à tout moment.

✓ 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 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 nommément désigné, 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 :

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

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

Nom : Prénom : 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 »

En cas de renonciation à la réversion, 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.

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 supplémentaire Préfon-Retraite et déclare satisfaire aux conditions d'affiliation indiquées dans la Notice d'Information. 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.

Protection des données à caractère personnel : Loi « Informatique et Libertés » modifiée et Règlement 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel (RGPD)

Je confirme avoir pris connaissance des mentions suivantes : La collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire à l'association Préfon et à ses filiales pour assurer le mandat de représentation confié ainsi que pour répondre aux demandes des affiliés. Vos données à caractère personnel seront transférées à votre assureur, CNP Assurances pour réaliser les traitements dont il est responsable et qui ont notamment pour finalités la gestion des contrats, l'évaluation des engagements pris à l'égard des assurés et la réalisation de statistiques. Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment, le devoir d'information, la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion administrative des demandes des clients et à la proposition de solutions en matière de retraite et de prévoyance, d'épargne et de services ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services. Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de Préfon et ses filiales, de CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits auprès de Préfon par courrier : Préfon, 12 bis rue de Courcelles, 75008 Paris ou par courriel à l'adresse : donneespersonnelles@prefon.fr. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de données à caractère personnel après votre décès. Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

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.

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. 31).

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**
À

Identifiant Créancier SEPA (ICS) de l'assureur : CNP Assurances	DESTINATAIRE DU PAIEMENT
FR76ZZZ127167	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

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

Chez Préfon, nous sommes transparents

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 1er 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