



AVIS DE CONSEIL RELATIF AU PRODUIT PRÉVOYANCE PRO

Adhérent principal

Nom du conseiller : _____

INFORMATIONS SUR L'INTERMÉDIAIRE

distributeur d'assurance, immatriculée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le N° : _____.

Vous pouvez vérifier cette information auprès de l'ORIAS dont le siège est situé au 1, rue Jules Lefebvre - 75311 PARIS Cedex 09 ou sur son site Internet : www.orias.fr

La _____, distributeur non indépendant, n'est pas soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance et n'est pas en mesure de fonder son analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché car elle travaille principalement avec des entreprises d'assurance du Groupe BPCE.

La liste des Assureurs avec lesquels travaille la _____ est diffusée sur notre site internet

La _____ appartient au Groupe BPCE. Conformément à la réglementation, la _____ prend toutes les mesures appropriées pour détecter et traiter les situations de conflits d'intérêts. Une politique interne de prévention et de gestion des conflits d'intérêts veille au respect de la primauté des intérêts des clients.

En relation avec le contrat, la _____ touche des commissions, c'est-à-dire des rémunérations incluses dans la prime d'assurance, versées par les Producteurs; et/ou tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le contrat d'assurance.

Conformément à la réglementation, le Client est informé de l'ensemble des coûts et charges afférents au produit dans les documents contractuels et/ou précontractuels qui lui sont remis ou mis à sa disposition.

VOTRE IDENTITÉ

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° client : _____

Situation familiale : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Dénomination sociale de l'entreprise : _____



VOS BESOINS ET OBJECTIFS

Afin de pouvoir agir au mieux de vos intérêts et de vous proposer un contrat adapté à votre situation, vos besoins et vos objectifs, nous devons recueillir un certain nombre d'informations.

Nous attirons votre attention sur le fait que la fourniture d'informations complètes et sincères de votre part est un préalable à l'obtention d'un service approprié sans préjudice des sanctions qui pourraient accompagner des déclarations fausses ou inexactes. En cas de refus de votre part, nous ne serons pas en mesure de vous proposer le contrat adapté à votre situation.

Toute modification dans les informations communiquées doit être portée à la connaissance de l'intermédiaire d'assurance afin que votre contrat soit toujours adapté à votre situation.

Vous déclarez exercer en tant que
et être rattaché(e) à la Caisse :

Vous déclarez être à jour du paiement des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Vous déclarez avoir une rémunération professionnelle annuelle d'un montant net de _____ €.

Afin de vous protéger ainsi que votre famille et d'assurer la continuité de votre activité, vous nous avez fait part de votre souhait :

- ☐ d'être couvert en cas d'arrêt de travail suite à accident ou maladie (Incapacité Temporaire Totale de travail), afin de percevoir des indemnités journalières en complément de votre régime obligatoire
- ☐ d'être couvert en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
- ☐ d'être couvert en cas d'invalidité permanente partielle ou totale
- ☐ de pérenniser votre activité en vous permettant de subvenir au paiement des frais d'exploitation en cas d'arrêt temporaire de travail

NOTRE CONSEIL

Considérant votre situation personnelle et pour répondre à vos besoins et objectifs, nous vous conseillons d'adhérer au contrat Prévoyance Pro avec les garanties suivantes ⁽¹⁾ :

Formule : ☐ Initial
☐ Confort
☐ Optimal

- ☐ Garantie Arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident (ITT : Incapacité Temporaire Totale de Travail) : Se reporter au résultat de la simulation
- ☐ Versement d'indemnités journalières d'un montant de _____ € /jour et une durée maximale de _____ mois, avec une période de franchise absolue.
- ou
- ☐ Uniquement pour les professions libérales : versement d'indemnités journalières d'un montant de _____ € /jour versé jusqu'au 90^{ème} jour et de _____ € /jour versé à compter du 91^{ème} jour, pour une durée maximale de _____ mois, avec une période de franchise absolue.
- ☐ Couverture en cas d'affections de la colonne vertébrale et affections neuropsychiques, au titre de la garantie Arrêt de travail.
- ☐ Garantie Décès/PTIA pour un montant de : _____ € (versé obligatoirement sous forme de rente dans le cadre de la fiscalité Madelin, dans le cas contraire versement au choix d'un capital ou d'une rente).
- ☐ Doublement du capital en décès/PTIA accidentel.
- ☐ Garantie Invalidité Permanente Totale : une rente mensuelle de _____ € et 50 % de ce montant en cas d'invalidité permanente partielle.
- ☐ Versement d'un capital complémentaire d'un montant correspondant à 12 mensualités de la rente d'invalidité en cas d'invalidité permanente totale d'origine accidentelle.
- ☐ Reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.
- ☐ Garantie frais d'exploitation permanents : versement d'indemnités journalières d'un montant de _____ € /mois pendant 12 mois maximum.

⁽¹⁾ Sous réserve des formalités médicales éventuelles à l'adhésion



Le contrat Prévoyance Pro est un contrat d'assurance de BPCE Vie, société soumise au code des assurances.

VOTRE CHOIX

☐ J'ai pris connaissance de la recommandation de mon Conseiller et reconnais avoir eu communication de toutes les informations me permettant de prendre ma décision en connaissance de cause et, en conséquence : J'accepte le conseil.

☐ J'accepte une partie du conseil et prends l'entière responsabilité de mes choix.

La situation. De ce fait, je ne pourrai pas mettre en cause la responsabilité de la me met donc en garde que mes choix peuvent ne pas être adaptés à ma .

Je choisis le contrat Prévoyance Pro avec les garanties suivantes :

Formule : ☐ Initial
☐ Confort
☐ Optimal

☐ Garantie Arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident (ITT : Incapacité Temporaire Totale de Travail) : Se reporter au résultat de la simulation

☐ Versement d'indemnités journalières d'un montant de _____ € /jour et une durée maximale de _____ mois, avec une période de franchise absolue.

ou

☐ Uniquement pour les professions libérales : versement d'indemnités journalières d'un montant de _____ € /jour versé jusqu'au 90^{ème} jour et de _____ € /jour versé à compter du 91^{ème} jour, pour une durée maximale de _____ mois, avec une période de franchise absolue.

☐ Couverture en cas d'affections de la colonne vertébrale et affections neuropsychiques, au titre de la garantie Arrêt de travail.

☐ Garantie Décès/PTIA pour un montant de : _____ € (versé obligatoirement sous forme de rente dans le cadre de la fiscalité Madelin, dans le cas contraire versement au choix d'un capital ou d'une rente).

☐ Doublement du capital en décès/PTIA accidentel.

☐ Garantie Invalidité Permanente Totale : une rente mensuelle de _____ € et 50 % de ce montant en cas d'invalidité permanente partielle.

☐ Versement d'un capital complémentaire d'un montant correspondant à 12 mensualités de la rente d'invalidité en cas d'invalidité permanente totale d'origine accidentelle.

☐ Reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.

☐ Garantie frais d'exploitation permanents : versement d'indemnités journalières d'un montant de _____ € /mois pendant 12 mois maximum.

Si refus Madelin :

Je souhaite bénéficier au titre de la garantie décès/PTIA d'une sortie en capital au lieu de la rente et déclare ainsi renoncer au bénéfice fiscal de la loi Madelin.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

La personnel vous concernant.

recueille en tant que responsable de traitement des données à caractère

Les informations vous expliquant pourquoi et comment la données, combien de temps elles seront conservées ainsi que les droits dont vous disposez s'agissant de ces données figurent dans notre Notice d'information. utilisera vos

Vous pouvez y accéder à tout moment, sur notre site internet :

ou sur simple demande auprès de votre agence.



Agence :	Page 4/4
N° personne :	Le :

RECOURS ET RÉCLAMATION

En cas de difficultés concernant ce produit, vous pouvez obtenir de votre agence toutes les informations souhaitées, formuler auprès d'elle toute réclamation et, en cas de difficultés persistantes, saisir le service en charge des réclamations de la

qui s'efforcera de trouver avec vous une solution :

Par courrier à l'adresse suivante :

Ou par internet :

Tout renseignement relatif à une contestation peut être obtenu en téléphonant au numéro suivant :

Pour toute réclamation portant exclusivement sur les produits d'assurance et ne relevant pas de leur commercialisation, et notamment en cas de désaccord entre vous et l'assureur à l'occasion de l'application des termes du contrat ou du règlement d'un sinistre, vous pouvez adresser un courrier à : BPCE Vie - Centre d'Expertise et de Relation Client - 59 avenue Pierre Mendès France - CS 11440 - 75709 PARIS CEDEX 13.

Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

Avant la conclusion du contrat, vous reconnaissez avoir reçu le Document d'information normalisé contenant les informations principales sur le contrat d'assurance sous format papier.

Fait en double exemplaire à _____,

le / /

Signature de l'assuré(e) : (préciser nom, prénom),
précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du Conseiller