

ASSURANCE VIE
EN EUROS

La mutuelle
des professions libérales
et indépendantes

AMPLI GRAIN 9

“ La croissance garantie
de votre épargne ”

Une épargne
qui s'accroît
chaque année



- Une épargne **sécurisée**
- **100% des bénéfices de placement** pour accroître votre épargne chaque année
- **Garantie par la CNP**, 1^{er} assureur de personnes avec plus de 212 Md€ gérés
- **Tous les avantages fiscaux** de l'assurance vie

AMPLI
MUTUELLE
Professions Libérales & Indépendantes

1964-2004
40 ans
L'avenir assuré

AMPLI-GRAIN 9

NOTICE D'INFORMATION à conserver par l'adhérent

Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative régi par le Code des Assurances. Il a pour objet de garantir une épargne par des versements libres ou programmés.

Le suivi de ce contrat est assuré paritairement dans le cadre d'une commission mixte composée de représentants de CNP Assurances et d'AMPLI Mutuelle.

Adhésion

Le régime est ouvert à tous les adhérents d'AMPLI Mutuelle.

L'adhérent remplit une demande d'adhésion sur laquelle il indique le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès, cette désignation pouvant être modifiée par l'adhérent à tout moment. L'adhérent reçoit en retour un certificat de souscription, indiquant la date d'effet et le numéro d'adhésion.

Les garanties prennent effet le jour de l'encaissement par l'assureur de la première cotisation. Pour chaque adhérent, l'assureur ouvre un compte individuel nominatif sur lequel sont portés les versements effectués nets de frais.

L'adhérent a la possibilité dans un délai de 30 jours suivant la date de son adhésion, de renoncer à son contrat et d'obtenir le remboursement intégral de la cotisation versée en adressant, en recommandé avec accusé de réception, une lettre rédigée selon le modèle suivant :

Je, soussigné (nom, prénom, adresse complète), déclare renoncer à l'engagement que j'ai pris le ...à...et demande le remboursement de la somme que j'ai versée, par virement (relevé d'identité bancaire, ou autre, joint).

Date et signature.

Constitution de l'épargne

L'adhérent fixe lui-même le montant de ses versements, en respectant les minima prévus.

Ces versements se font soit par prélèvement automatique (30 €* minimum) sur un compte bancaire ou postal, l'adhérent pouvant en changer le montant sur sa demande, soit par chèque (40 €* minimum).

Chaque versement prend effet dès son encaissement effectif par l'assureur.

Un droit d'entrée demandé uniquement à l'adhésion, dont le montant figure sur la demande d'adhésion, est perçu lors du premier versement.

Lorsqu'un adhérent cesse de cotiser, son compte d'épargne continue à capitaliser jusqu'à ce qu'il en demande la liquidation.

Durée et disponibilité de l'épargne

Afin de tenir compte des dispositions fiscales en vigueur, la date d'échéance est fixée au plus tôt au huitième anniversaire de la date d'ouverture du compte d'épargne. Après cette échéance, le contrat est automatiquement reconduit annuellement jusqu'à réception de la demande de liquidation.

Néanmoins, à tout moment, l'adhérent peut obtenir le remboursement (ou rachat) partiel ou total de son épargne et mettre fin à son contrat.

Le rachat partiel doit être d'un montant minimum de 300 €* et le solde restant ne doit pas être inférieur à ce même minimum.

L'adhérent a la possibilité d'obtenir des avances. Le montant total de ses avances peut représenter jusqu'à 80% de la valeur capitalisée du compte. Le montant minimum de chaque avance est de 1500 €* et le solde restant au compte ne doit pas être inférieur à ce même plancher.

L'avance peut atteindre une durée de 6 ans maximum. Cette avance est consentie à un taux d'intérêt situé à deux points au-dessus du dernier taux connu de T.M.E.

Rémunération de l'épargne

Un compte individuel est ouvert au nom de l'adhérent et sa valeur progresse chaque année grâce aux intérêts acquis.

L'épargne ainsi obtenue lui est définitivement acquise. Les sommes versées portent intérêts, au jour le jour :

- à compter de la date de prélèvement pour les cotisations à prélèvement automatique,
- à compter de la date d'encaissement par l'assureur pour les versements libres.

Les frais permettant d'assurer la gestion administrative et financière sont limités sur les bases suivantes :

- de 3 à 1% selon le montant du versement effectué,
- 0,5% de l'encours moyen annuel (prélèvement sur les produits financiers).

En application de l'article L331-3 du Code des Assurances, l'assureur s'engage à attribuer une participation aux résultats. Cette participation est déterminée en fonction des résultats obtenus par CNP Assurances dans la gestion du portefeuille constitué en représentation des provisions et commun à cette catégorie de contrats.

100% des résultats financiers ainsi obtenus sont affectés, selon les règles de l'article R331-3 du Code des Assurances au 1^{er} Janvier de l'exercice suivant.

Cette participation aux bénéfices se traduira par l'attribution d'intérêts supplémentaires après imputation de ceux déjà garantis d'avance en début d'année.

Entre la dernière attribution de participation et la date d'exigibilité de la prestation, l'épargne inscrite au compte de l'adhérent est capitalisée prorata temporis à hauteur de 85% de la moyenne des taux de revalorisation des deux exercices précédents.

Taux technique réglementaire

Le taux technique sécuritaire sur la durée du contrat est égal au taux maximum réglementaire imposé par le Code des Assurances lors de chaque versement. Si ce taux était modifié à la hausse ou à la baisse, CNP Assurances appliquerait le nouveau taux technique maximum réglementaire.

Informations sur l'épargne acquise

L'adhérent reçoit au moins une fois par an un inventaire détaillé indiquant la valeur de son épargne à la fin de l'exercice. Cet inventaire peut être en outre obtenu à tout moment sur simple demande.

Utilisation de l'épargne

A l'échéance plusieurs possibilités s'offrent à l'adhérent :

- paiement du capital en une ou plusieurs fois du total des sommes inscrites à son compte,
- et / ou paiement d'une rente viagère payable trimestriellement à terme échu.

La rente viagère peut être réversible sur la tête du bénéficiaire désigné par l'adhérent. Son montant est revalorisé tous les ans par l'affectation des bénéfices dégagés par le compte de résultat de la gestion technique et financière des rentes du régime. Ses frais de gestion représentent annuellement 3% du montant de la rente servie.

En cas de décès de l'adhérent avant l'échéance, les sommes inscrites à son compte, capitalisées jusqu'au jour du décès sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). A défaut de désignation, l'épargne acquise sera versée au conjoint judiciairement non

séparé de corps, non divorcé, à défaut à ses enfants par parts égales, à défaut à ses père et mère par parts égales, à défaut aux autres ayants-droit de l'assuré par parts égales.

Toute demande de prestation doit être accompagnée d'une photocopie de la carte nationale d'identité certifiée conforme par le bénéficiaire, et le cas échéant, de l'acte de décès de l'adhérent pour le paiement au(x) bénéficiaire(s). Un relevé d'identité bancaire ou postal correspondant au mode de paiement choisi sera joint à la demande.

Information des adhérents

AMPLI Mutuelle est tenue de remettre à l'assuré une notice d'information établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestation. Elle est aussi tenue d'informer l'assuré par écrit des modifications éventuellement apportées à ses droits et obligations.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans, conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances.

Résiliation

Le présent contrat fait suite au contrat GRAIN 9 souscrit par AMPLI Mutuelle auprès de la GMF VIE.

En cas de résiliation de contrat entre AMPLI Mutuelle et CNP Assurances, les rentes en cours de service continuent à être payées par l'assureur jusqu'à leur extinction. Les adhésions en vigueur à la date de résiliation sont maintenues dans les conditions du contrat résilié et toute nouvelle adhésion est irrecevable.

En cas de demande de transfert du régime vers un autre gestionnaire formulée par AMPLI Mutuelle et avec désignation expresse du nouvel organisme de gestion, CNP Assurances procéderait au transfert direct auprès de ce gestionnaire des provisions mathématiques du régime et, le cas échéant, du fonds de revalorisation en cas de constitution d'un tel fonds.

Les provisions mathématiques seront calculées après affectation des produits financiers nets de charges afférents à l'exercice en cours.

CNP Assurances opérera le transfert dans les deux mois qui suivront la demande de résiliation formulée par AMPLI Mutuelle.

* Les montants minima indiqués dans ce document pourront faire l'objet de réactualisation.

N° Vert 0 800 770 828

Appel gratuit depuis un poste fixe



Contrat collectif d'assurance vie souscrit par AMPLI, Avenir Mutuel des Professions Libérales et Indépendantes, régie par le Code de la Mutualité auprès de CNP ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 594.151.292 € entièrement libéré.
Entreprise régie par le code des assurances. 341 737 062 RCS PARIS
Siège social : 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15



EN CAS D'ADHÉSION D'UN MINEUR – PIÈCES A JOINDRE

Si l'adhérent est mineur, il doit être représenté et il doit être fourni en sus de la photocopie de sa pièce d'identité, les documents demandés selon son régime juridique :

En cas d'Administration légale pure et simple : le mineur est représenté par son père et sa mère ;

Pièces à fournir : - une copie de la pièce d'identité en cours de validité, recto verso pour la Carte Nationale d'Identité des deux parents,
- une photocopie du livret de famille ou de l'acte de naissance de l'enfant.

En cas d'Administration légale sous contrôle judiciaire : le mineur est représenté par le parent investi de l'autorité parentale ;

Pièces à fournir : - une copie de la pièce d'identité en cours de validité, recto verso pour la Carte Nationale d'Identité du parent investi de l'autorité parentale,
- la photocopie du livret de famille ou de l'acte de naissance de l'enfant,
- l'ordonnance du Juge des Tutelles.

En cas de tutelle : le mineur est représenté par le Tuteur ;

Pièces à fournir : - une copie de la pièce d'identité en cours de validité, recto verso pour la Carte Nationale d'Identité du tuteur,
- le jugement de mise sous Tutelle,
- l'ordonnance du Juge des Tutelles ou l'autorisation du Conseil de Famille.

Représentant du mineur : Qualité civile : M Mme Mlle

Nom de naissance : Prénoms :

Nom d'usage :

Date de naissance : Lieu de naissance : Dpt. :

Nationalité :

Adresse : Ville : Code postal :

Agissant en qualité de : Parent du mineur Tuteur

Pièces justificatives d'identité du représentant :

Nature de la pièce d'identité : CNI Passeport Titre de séjour comportant une photo du titulaire

N° de la pièce d'identité : Date de délivrance :

Date d'expiration : Lieu de délivrance :

Autorité ayant délivré la pièce d'identité :

2nd Représentant du mineur : Qualité civile : M Mme Mlle

Nom de naissance : Prénoms :

Nom d'usage :

Date de naissance : Lieu de naissance : Dpt. :

Nationalité :

Adresse : Ville : Code postal :

Agissant en qualité de : Parent du mineur Tuteur

Pièces justificatives d'identité du représentant :

Nature de la pièce d'identité : CNI Passeport Titre de séjour comportant une photo du titulaire

N° de la pièce d'identité : Date de délivrance :

Date d'expiration : Lieu de délivrance :

Autorité ayant délivré la pièce d'identité :

DEMANDE D'ADHÉSION au contrat d'assurance de groupe sur la vie AMPLI-GRAIN 9

1220806

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

Déjà adhérent à AMPLI Mutuelle (cochez d'une croix) : NON OUI Si oui, n° adhérent | | | | | | | | | |

Etat civil 1 M. 2 Mme 3 Mlle
 Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

Nom de naissance | | | | | | | | | | Prénom(s) | | | | | | | | | |

Nom d'usage | | | | | | | | | |

Date de naissance | | | | | | | | | | Lieu de naissance | | | | | | | | Nationalité | | | | | | Dpt. | | |

Adresse | | | | | | | | | | Ville | | | | | | Code postal | | | | | |

Téléphone | | | | | | | | | | Email | | | | | | | | | |

Téléphone portable | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | |

Profession | | | | | | | | | | Code CSP | | | | | | | | | |

Résident fiscal français* : OUI NON

Pièces justificatives d'identité de l'adhérent :

Nature de la pièce d'identité : CNI Passeport Titre de séjour comportant une photo du titulaire

N° de la pièce d'identité : | | | | | | | | | | Date de délivrance : | | | | | | | | | |

Date d'expiration : | | | | | | | | | | Lieu de délivrance : | | | | | | | | | |

Autorité ayant délivré la pièce d'identité : | | | | | | | | | |

* L'adhérent s'engage à informer AMPLI Mutuelle de tout changement de situation et à lui transmettre la copie de la pièce d'identité en cours de validité, recto verso pour la CNI.

MODES DE VERSEMENTS DES COTISATIONS

Je choisis d'effectuer un premier versement de cotisation par chèque (minimum 40 €) à l'ordre d'AMPLI Mutuelle (1)

Montant du premier versement | | | | | | | | | | €

Je choisis d'effectuer des versements réguliers de cotisation impliquant un prélèvement automatique (modifiable à tout moment) (1)

Montant de chaque prélèvement automatique€ (minimum 30 € par mois)

Périodicité retenue mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Je remplis et signe la demande d'autorisation de prélèvement à laquelle je joins un relevé d'identité de compte (ces deux documents doivent être joints à la demande d'adhésion).

(1) Pour tout versement supérieur à 150 000 €, remplir le document prévu à l'article L. 563-3 du Code monétaire et financier.

BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès je désigne comme bénéficiaires :

Mon conjoint (2), à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut de l'un décédé avant ou après l'adhésion pour sa part ses descendants, à défaut les survivants, à défaut mes héritiers.

(2) On entend par conjoint, le conjoint marié non séparé de corps par jugement définitif

Clause libre

	Nom	Prénoms	Date de naissance
Bénéficiaire désigné	-- / -- / --
	-- / -- / --

Bénéficiaire désigné	-- / -- / --
----------------------	-------	-------	--------------

A défaut

A défaut mes héritiers

(A défaut de désignation, c'est la première clause qui s'applique)

Pour les mineurs, la clause suivante est obligatoire :

Mes descendants, à défaut mes héritiers légaux.

DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT

Si je ne suis pas adhérent à AMPLI Association, je demande à adhérer à l'association.

J'adhère au contrat AMPLI - GRAIN 9 souscrit par AMPLI Mutuelle auprès de CNP Assurances et déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'en cas d'acceptation du bénéficiaire désigné, sa désignation devient irrévocable et que je devrai recueillir l'accord préalable de ce bénéficiaire acceptant pour toutes les opérations sur mon adhésion, notamment pour les demandes de rachat, d'avance et de changement de bénéficiaire.

Je demande expressément la prise d'effet immédiate des garanties relatives au contrat AMPLI - GRAIN 9 dès la réception de ma demande d'adhésion par AMPLI Mutuelle accompagnée de la copie de ma pièce d'identité en cours de validité.

Je m'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance et rester en possession, en application des articles L. 132-5-3, A. 132-4 et L. 141-4 du Code des assurances, de la notice d'information du contrat d'assurance de groupe AMPLI - GRAIN 9 comportant les informations suivantes :

- les dispositions essentielles du contrat,
- les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation.

Je reconnais être informé(e) que des informations complémentaires me seront communiquées dans le certificat d'adhésion qui me sera adressé ultérieurement.

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat d'adhésion dans lequel je serai informé(e) de la date de conclusion de mon adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : AMPLI Mutuelle - 27 boulevard Berthier 75858 PARIS Cedex 17. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

Fait en un exemplaire à _____, le

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lue et approuvée »

Signature(s) du (ou des) représentant(s) légal(aux) si l'adhérent est mineur

Précédée(s) des nom(s), prénom(s) et qualité(s)*

* Indiquer : notamment parents du mineur, père ou mère, ou tuteur

Vous avez fourni des renseignements vous concernant ; ces renseignements figurent pour certains d'entre eux sur des fichiers à l'usage de CNP Assurances

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez en demander la communication et la rectification en vous adressant à CNP Assurances : Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15.

Le contrat AMPLI-GRAIN 9 géré par AMPLI est souscrit par AMPLI Mutuelle auprès de CNP ASSURANCES
AMPLI - Avenir Mutuel des Professions Libérales & Indépendantes - 27 boulevard Berthier 75858 PARIS Cedex 17
Mutuelle N° 349.729.350 - Régie par le livre II du code de la Mutualité

CNP ASSURANCES Société Anonyme au capital de 594 151 292 euros entièrement libéré
Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716
PARIS CEDEX 15 - 341 737 062 RCS Paris Entreprise régie par le Code des Assurances

AMPLI-GRAIN 9



Autorisation de Prélèvements

Remplissez les cases ① ② ③ et ④ de cet imprimé (mode d'emploi ci-dessus). AMPLI Mutuelle le transmettra à l'Etablissement teneur du compte à débiter. N'oubliez pas de signer votre Autorisation et d'y joindre un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

N° national d'émetteur

127.167

① TITULAIRE DU COMPTE :

Nom _____
Prénom _____
N° _____ rue _____
Code postal _____ Ville _____

② ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

N° _____ rue _____

Code postal _____ Ville _____

③ DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Codes		Clé	
Etablis ^{ts}	Guichet	N° du Compte	RIB

④ Signature

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, le montant des avis de prélèvement établis à mon nom.

Date _____ Signature _____

N.B.: Je vous demande de faire apparaître les prélèvements sur mes extraits de compte habituels.

Exemplaire à retourner à AMPLI Mutuelle