

# La gestion de votre compte Préfon-Retraite

Formulaire complet à adresser à :  
**PREFON-RETRAITE - Centre de Gestion**  
**TSA 43878 - 92894 Nanterre Cedex 9**

Ce document a été conçu pour faciliter les formalités de gestion de votre compte. Nous vous remercions de bien vouloir le compléter dès qu'une modification intervient et de nous le faire parvenir en totalité à l'adresse ci-dessus. **Datez et signez à la fin du document (page 5) et renvoyez le formulaire COMPLET.** Conservez une copie de ce document. Pour toutes questions, notre équipe de gestion est à votre disposition au 01 34 53 56 07 (de 9h à 18h).

Je m'identifie : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom d'usage : .....
Prénom : .....	Nom de naissance : .....
N° de compte Préfon-Retraite : <b>6 0 2</b> .....	
N° affilié Préfon : .....	
E-mail : .....	
E-mail professionnel : .....	
Téléphone fixe : .....	Téléphone mobile .....
Téléphone fixe professionnel : .....	

## Votre demande concerne : (plusieurs réponses possibles)

- 1 - Changement de RIB (Page 2)
- 2 - Demande de prélèvement automatique ou reprise de prélèvement (Page 2)
- 3 - Changement de classe (Page 3)
- 4 - Versement exceptionnel (Page 3)
- 5 - Demande de report ou de suspension du prélèvement automatique (Page 3)
- 6 - Demande d'estimation et de dossier pour une liquidation (Page 3)
- 7 - Changement d'adresse (Page 4)
- 8 - Changement de situation familiale (Page 4)
- 9 - Changement de l'option de réversion (Page 4)

**Préfon**

La retraite et la prévoyance  
de la fonction publique



## 1. Changement de relevé d'identité bancaire

Je soussigné(e) .....

vous informe, par le présent courrier de mes nouvelles coordonnées bancaires. **Nous vous remercions de joindre votre nouveau RIB.**

### Mandat de prélèvement SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT \_\_\_\_\_  
(à remplir par le service gestion)

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

À .....

SIGNATURE

Dans le cas où vous choisissez un mode de paiement par prélèvement automatique, nous vous prions de compléter le mandat SEPA ci-dessus et joignez un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) à votre nom et la photocopie recto/verso, datée et signée de votre pièce d'identité en cours de validité.

Identifiant Créancier SEPA (ICS) de l'assureur : CNP Assurances	DESTINATAIRE DU PAIEMENT
<b>FR76ZZZ127167</b>	<b>CNP ASSURANCES</b>

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.



## 2. Demande de prélèvement automatique ou reprise de prélèvement

Je soussigné(e) .....

demande la mise en place du prélèvement automatique de mes échéances à partir du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

demande la reprise du prélèvement automatique de mes échéances à partir du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Périodicité :

- Mensuelle     Trimestrielle  
 Semestrielle     Annuelle

Périodicité :

- Mensuelle     Trimestrielle  
 Semestrielle     Annuelle

Avec rappel de cotisations depuis le 01/01/20 \_\_\_\_

Sans rappel de cotisations

Je choisis le prélèvement automatique en classe : .....

Je remplis le mandat de prélèvement SEPA ci-après et je joins un RIB à mon envoi.

Par défaut, le versement que vous effectuez est considéré comme déductible et alimente donc le compartiment C1. Vous pouvez renoncer à cette déductibilité :  En cochant la case ci-contre, je renonce à la déductibilité de mes versements, qui viennent alors alimenter le compartiment C1bis.

### Mandat de prélèvement SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT \_\_\_\_\_  
(à remplir par le service gestion)

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

À .....

SIGNATURE

Dans le cas où vous choisissez un mode de paiement par prélèvement automatique, nous vous prions de compléter le mandat SEPA ci-dessus et joignez un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) à votre nom et la photocopie recto/verso, datée et signée de votre pièce d'identité en cours de validité.

Identifiant Créancier SEPA (ICS) de l'assureur : CNP Assurances	DESTINATAIRE DU PAIEMENT
<b>FR76ZZZ127167</b>	<b>CNP ASSURANCES</b>

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.



## 7. Changement d'adresse

Je soussigné(e) .....

vous informe, par le présent courrier de ma nouvelle adresse (à compléter) :

Adresse : .....

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : ..... Pays : .....

E-mail : .....

à compter du : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## 8. Changement de situation familiale

Je soussigné(e) .....

vous informe, par le présent courrier de mon changement de situation familiale :

célibataire       marié(e)       pacsé(e)       divorcé(e)       veuf(ve)

 **Je joins à ma présente demande un justificatif de ce changement de situation.**

## 9. Changement de l'option de réversion (art. 5.3 de la notice d'information Préfon-Retraite)

Je soussigné(e) .....

déclare avoir pris connaissance de l'article 5.3 de la Notice d'Information et souhaite :

**Opter pour la réversion** (option 1). J'indique alors 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 : ..... Sexe :  M  F

Né(e) le : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] à : ..... Département : [ ] [ ]

Lien de parenté : .....

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

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F

Né(e) le : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] à : ..... Département : [ ] [ ]

Lien de parenté : .....

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).

**Renoncer à la réversion** (option 2). 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 5.3 de la Notice d'Information.

## CHEZ PRÉFON, NOUS SOMMES TRANSPARENTS

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 l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels ou le versement d'un capital, payable aux affiliés (dispositif éligible au PER).

Il est souscrit par l'association Préfon, association régie par la loi du 1er juillet 1901 ayant son siège social, 12 bis rue de Courcelles à Paris 8e auprès de CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le code des assurances 341 737 062 RCS Paris ayant son siège social 4 place Raoul Dautry à Paris 15e, assureur du régime Préfon-Retraite.

Il est distribué par la SAS Préfon-Distribution au capital social de 200 000 euros entièrement libéré. 794 053 629 R.C.S. Paris, inscription à l'ORIAS sous le N°1300841

## RÈGLES DE CONFIDENTIALITÉ

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance Préfon-Retraite par Préfon Distribution, CNP Assurances, leurs délégataires, leurs prestataires, leurs sous-traitants ou leurs réassureurs.

Les traitements mis en oeuvre ont pour finalité :

- pour Préfon Distribution et pour CNP Assurances : la passation, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- pour Préfon Distribution : les opérations relatives à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ;
- pour CNP Assurances : la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de Préfon Distribution et de CNP Assurances, leurs délégataires, leurs prestataires, leurs sous-traitants ou leurs 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 en contactant directement :

- Préfon Distribution : par courrier (Service d'information de Préfon, 12 bis rue de Courcelles, 75008 Paris) ou par courriel ([donneespersonnelles@prefon.fr](mailto:donneespersonnelles@prefon.fr))
- CNP Assurances : par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.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 vos 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 aux services des Délégués à la Protection des Données de Préfon Distribution ou CNP Assurances, 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>, 01 53 73 22 22.

Je certifie l'exactitude des déclarations effectuées sur ce formulaire. Signature :

Fait à : .....

Le [ ] / [ ] / [ ]

