



Adressez ce bulletin d'adhésion et l'autorisation de prélèvement à :  
INPR 30-32 rue Henri Barbusse - 92581 Clichy cedex  
Téléphone : 01 41 06 24 00 - Télécopie : 01 47 56 98 76 - www.omnirep.fr

Bulletin d'adhésion

Je soussigné(e)  M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup> Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 Numéro de Sécurité sociale \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_  
 Numéro d'affiliation \_\_\_\_\_ Lettre clé \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Bureau distributeur \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Situation familiale :**

Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_

**Situation personnelle :**

En activité  Entreprise \_\_\_\_\_  
 En recherche d'emploi  Depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fournir l'attestation ASSEDIC justifiant la date de rupture du contrat de travail et la raison sociale de l'entreprise  
 Retraité  Depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Demande de retraite déposée le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Autre situation : \_\_\_\_\_

**Déclare (réponse à cocher) :**

**Demander mon adhésion à la garantie OMNI Capital**

En tant que participant  En tant que conjoint du participant  En tant que concubin du participant  Nbre d'enfants mutuellement reconnus \_\_\_\_\_  
 pour un montant initial de : 25 000 €  50 000 €  75 000 €  100 000 €   
 Autre montant \_\_\_\_\_ (les montants intermédiaires variant par tranche de 5 000 € à partir d'un seuil minimal de 10 000 €)

**Ma cotisation périodique :** je souhaite payer ma cotisation avec la périodicité suivante :  trimestrielle  mensuelle\*

N.B. : Le capital maximum assurable à partir de 62 ans est précisé à l'annexe 1 de la notice d'information.

**ainsi qu'à l'option doublement du capital en cas de décès accidentel.**

- Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette option supplémentaire accident, cochez la case ci-contre
- Si vous ne souhaitez pas bénéficier de l'indexation annuelle du capital assuré, cochez la case ci-contre

**Avoir reçu et pris connaissance de l'extrait de la notice d'information valant conditions générales.**

**Désigner comme bénéficiaire(s) de ce contrat**

- Mon conjoint, le cas échéant mon concubin, à défaut mes enfants (légitimes, reconnus ou adoptifs) nés ou à naître par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales (dans ce cas ne rien écrire ci-dessous).
- Autres bénéficiaires désignés ci-dessous :

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Priorité | % de répartition du capital |
|-----|--------|-------------------|-----------------|----------|-----------------------------|
|     |        |                   |                 |          |                             |
|     |        |                   |                 |          |                             |
|     |        |                   |                 |          |                             |

*Si nécessaire, précisez l'adresse des bénéficiaires désignés ci-dessus au verso de ce bulletin.*

Fait à \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER** →

\* Application d'une majoration de 1,2 % sur les cotisations mensuelles pour les frais de gestion supplémentaires.

**ACCEPTATION DE L'INPR Nécessaire pour la prise d'effet de la garantie**

L'Institution Nationale de Prévoyance des Représentants certifie accepter l'adhésion de l'assuré(e) ci-dessus dénommé(e) à effet du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fait à Clichy, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pour l'Institution

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Nous vous rappelons que, conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez obtenir communication et, le cas échéant, rectification de toute information vous concernant figurant sur les fichiers de l'Institution. Sauf opposition de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes du Groupe Malakoff Médéric et à ses partenaires, dont la liste vous sera transmise sur simple demande. Nous vous remercions d'adresser vos courriers à ce sujet à : Groupe Malakoff Médéric - Secrétariat général - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 09 ou par e-mail : sgil@malakoffmederic.fr