

BULLETIN D'ADHÉSION / AVENANT PROPOSITION D'ASSURANCE / AVENANT

Garantie Complémentaire Santé Protection Familiale Intégr@le



Pour toute souscription à un contrat santé **Osalys**, l'ASAF & AFPS versent 1€50 à l'Association Saint-Louis pour financer la recherche contre les Leucémies.

ASSUREUR-CONSEIL

Raison sociale : Code Courtier : Nom du producteur :

N° ORIAS (www.orias.fr) : ASAF AFPS

VENTE (mention obligatoire) : EN AGENCE À DOMICILE / À DISTANCE

Si contrat vendu à domicile/à distance (cocher la case) :

je demande expressément l'exécution immédiate du contrat, la garantie prenant effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion.

je refuse expressément l'exécution immédiate du contrat.

ADHÉRENT/ASSURÉ Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité de l'adhérent

M MME Nom : Prénom :

Adresse : Tél. fixe :

..... Tél. portable :

..... Tél. pro :

Code postal : Ville : Email :

Situation de famille : Date de naissance :

N° de Sécurité sociale / N° d'immatriculation :

N° du centre de gestion Sécurité sociale :

Régime Obligatoire : SALARIÉ TNS AGRICOLE ALSACE MOSELLE AUTRE :

Profession précise :

Catégorie socioprofessionnelle : Agriculteur Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise Profession libérale

Salarié du secteur privé Salarié du secteur public Retraité Étudiant Sans emploi

Pièce d'identité de l'adhérent : Carte nationale d'identité Passeport Carte de séjour Carte de résident

Permis de conduire Numéro :

Autorité, Date et lieu de délivrance : Date d'expiration :

AUTRES ASSURÉS Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité de chaque assuré

CONJOINT(E)/CONCUBIN(E) M MME Nom : Prénom :

Date de naissance : N° du centre de gestion Sécurité sociale :

N° de Sécurité sociale / N° d'immatriculation :

Régime Obligatoire : SALARIÉ TNS AGRICOLE ALSACE MOSELLE AUTRE :

ENFANT(S)

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Régime obligatoire	N° Sécurité sociale de rattachement
-----	--------	------	----------	--------------------	-------------------------------------

1 ^{er} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
------------------------	--	---	-------	-------	---

2 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
-------------------------	--	---	-------	-------	---

3 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
-------------------------	--	---	-------	-------	---

CONNAISSANCE DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ(S)

	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Je suis une personne politiquement exposée (PPE) ⁽¹⁾	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis étroitement lié(e) à une PPE ⁽²⁾	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne suis pas une PPE, ni n'entretiens aucun lien avec une PPE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(1) l'expression « personne politiquement exposée » (PPE) désigne une personne physique exposée à des risques particuliers pour exercer ou avoir exercé au cours des 12 derniers mois, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives pour le compte de l'Etat français ou d'un Etat étranger (parlementaire, ambassadeur, membre de direction d'une entreprise publique...) ou une haute fonction pour le compte d'une organisation institutionnelle régionale, nationale ou internationale (BCE, Ligue arabe, FMI, OMC, FIFA...)

(2) l'expression « étroitement lié(e) » fait référence au lien de parenté (conjoint, concubin notoire, pacsé, ascendant, descendant et allié au 1er degré ainsi que leur conjoint/partenaire...) ou au lien d'affaires étroit (associés/ actionnaires d'une même société, participation à la réalisation d'un objectif commun, relation client-fournisseur...)



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ N°

(Réservé à l'ASAF & AFPS)

ADHÉSION NOUVELLE AVENANT de Nom : Prénom :
TAUX DE COMMISSION : Date d'effet souhaitée :

Nom de la garantie : Code :

Niveau choisi : Renfort(s) :

RÈGLEMENT DES COTISATIONS (échéance anniversaire)

Périodicité : Mensuelle ⁽¹⁾ Trimestrielle ⁽¹⁾ Semestrielle Annuelle

Mode de paiement : Prélèvement ⁽²⁾ Chèque (uniquement semestriel, et annuel)

Date de prélèvement ⁽³⁾ : le 05 le 10

(1) Prélèvement obligatoire (2) Joindre le RIB et le mandat SEPA complété (3) Si aucune case cochée, le prélèvement sera effectué le 05

Cotisations

Calcul des cotisations ⁽¹⁾

Adhérent : €/mois ⁽¹⁾

+ Conjoint(e) : €/mois ⁽¹⁾

+ Enfant(s) ⁽²⁾ : €/mois ⁽¹⁾

Sous total : €/mois

Si Renfort(s) ⁽³⁾ : + %

Sous-total 1 : €/mois

- Réduction couple/famille ⁽⁴⁾ : %

- Vente combinée : %

Sous-total 2 : €/mois

Si effet N+1 : + %

Sous-total 3 : €/mois

+ Droits associatifs : €/mois ⁽⁵⁾

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : € ⁽⁶⁾

COTISATION TOTALE ANNUELLE TTC : € ⁽⁶⁾

+ Droits d'entrée : 15 € (réglés avec la 1^{ère} cotisation)

(1) Hors droits associatifs

(2) Gratuité enfant : se référer à la Notice d'information

(3) Majoration à appliquer sur la cotisation de base en fonction du renfort choisi

(4) Les réductions Couple et Famille sont déterminées par la garantie complémentaire santé choisie. Il convient de se référer aux tarifs pour en connaître le pourcentage exact

(5) Correspond à la somme des droits associatifs pour l'ensemble des Assurés payants : 0,30€/mois par assuré de moins de 21 ans et 1,50€/mois par assuré de 21 ans et plus

(6) Sur la période allant du 01/01 au 31/12 de l'année civile de la prise d'effet des garanties et sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations

Montant à régler à l'adhésion :

Cotisation de€ ⁽⁶⁾ (correspondant à une cotisation fractionnée), à laquelle s'ajoutent 15€ de droits d'entrée.

Soit une première cotisation de :€

Déductibilité Madelin : Oui Non (Hors garanties non responsables)

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'Adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994, ses décrets d'application, et article 154 bis et article 62 du Code général des impôts). Vous pouvez également bénéficier de la déductibilité Madelin pour vos ayants droit si ces derniers sont rattachés à votre Régime obligatoire.

Modalités de renonciation : L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter du moment où il est informé que l'adhésion est acceptée. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus à la notice d'information.

PROPOSITION D'ASSURANCE AVENANT de Nom : Prénom :
 TAUX DE COMMISSION : Date d'effet souhaitée :

RÈGLEMENT DES COTISATIONS (échéance anniversaire)

Périodicité : Mensuelle ⁽¹⁾ Trimestrielle ⁽¹⁾ Semestrielle Annuelle
Mode de paiement : Prélèvement ⁽²⁾ Chèque (uniquement semestriel, et annuel)
Date de prélèvement ⁽³⁾ : le 05 le 10

(1) Prélèvement obligatoire (2) Joindre le RIB et le mandat SEPA complété (3) Si aucune case cochée, le prélèvement sera effectué le 05

JE CHOISIS LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE - PROTECTION JURIDIQUE DES RISQUES LIÉS À INTERNET

(Cocher les cases)

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION ⁽¹⁾	INDEMNISATION ⁽¹⁾	TARIFS TTC/MOIS ⁽⁴⁾	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Solo	Indemnisation à partir de 30% de déficit fonctionnel permanent (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1.000.000 € par évènement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	14,00 €	17,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			23,00 €	26,00 €
<input type="radio"/> Confort-Solo	Indemnisation à partir de 5% de déficit fonctionnel permanent (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	18,00 €	23,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			31,00 €	37,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille + Petits-Enfants ⁽³⁾			37,00 €	43,00 €

Année de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat :
 Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du **tarif Seniors** ↑
 Nombre d'assurés hors petits-enfants ⁽³⁾ : Nombre de petits-enfants ⁽³⁾ :

JE CHOISIS LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

(Cocher les cases)

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION ⁽¹⁾	INDEMNISATION ⁽¹⁾	TARIFS TTC/MOIS ⁽⁴⁾	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Solo	Indemnisation à partir de 30% de déficit fonctionnel permanent (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1.000.000 € par évènement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	7,00 €	10,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			13,00 €	18,00 €
<input type="radio"/> Confort-Solo	Indemnisation à partir de 5% de déficit fonctionnel permanent (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	11,00 €	16,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			21,00 €	29,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille + Petits-Enfants ⁽³⁾			27,00 €	35,00 €

Année de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat :
 Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du **tarif Seniors** ↑
 Nombre d'assurés hors petits-enfants ⁽³⁾ : Nombre de petits-enfants ⁽³⁾ :

(1) valable pour la seule Garantie des Accidents de la Vie. (2) les Garanties Accidents de la Vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le. (3) L'expression « petits-enfants » désigne : les petits-enfants mineurs de l'adhérent ou de son conjoint, temporairement sous leur garde.

COTISATION TTC : €/mois ⁽⁴⁾

- Réduction commerciale :%

Sous-total : €/mois ⁽⁴⁾

+ Droits associatifs : 0,10 €/mois

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : € ⁽⁵⁾

COTISATION TOTALE ANNUELLE TTC : € ⁽⁵⁾

Montant à régler à l'adhésion : cotisation de € ⁽⁵⁾ (correspondant à une cotisation fractionnée)

Modalités de renonciation : L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter du moment où il est informé que l'adhésion est acceptée. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus à la notice d'information.

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE MES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations me concernant font l'objet de traitements informatiques dont la finalité est la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution de contrat(s) d'assurance. À l'exclusion des données de santé, mes données peuvent également être utilisées dans le cadre i) de contentieux, (ii) de la lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) d'analyses par l'ASAF & AFPS/GIEPS, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer ma situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser mon parcours client (offres et publicités ciblées).

✓ J'autorise l'ASAF & AFPS/GIEPS, responsable du traitement, à :

- collecter, traiter, vérifier et, le cas échéant, mettre à jour, mes données personnelles contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait recueillir ultérieurement, y compris les informations pouvant être qualifiées de données de santé.

✓ Je reconnais avoir été informé(e) du fait que :

- mes données seront conservées le temps nécessaire aux opérations susvisées, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales),

- les réponses aux questions qui me sont posées sont obligatoires et toutes fausses déclarations ou omissions sont susceptibles d'entraîner la nullité de mon contrat (article L. 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités (article L. 113-9 du Code des assurances),

- mes données ne peuvent être communiquées qu'aux assureurs, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès dans le cadre des traitements. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise de protection des données de l'assureur (BCR). Mes données de santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux sous-traitants habilités de l'ASAF & AFPS/GIEPS,

- je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de suppression de mes données sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de mon (mes) contrat(s). Je peux définir les directives relatives à leur sort après mon décès, choisir d'en limiter l'usage ou m'opposer à leur traitement. Je peux demander à l'ASAF & AFPS/GIEPS de me remettre mes données pour les transmettre à un autre responsable de traitement.

- l'ASAF & AFPS/GIEPS et ses partenaires peuvent utiliser mes informations pour promouvoir leurs offres d'assurance et d'assistance. Je peux m'y opposer **en cochant la case ci-contre** .

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (cnil@gieps.fr) ou par courrier (ASAF & AFPS/GIEPS - Délégué à la Protection des Données - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez nos mentions légales sur le site www.asaf.asso.fr ou www.afps.asso.fr

(Cocher les cases)

OUI J'ADHÈRE À L'ASSOCIATION sous réserve de son acceptation et en conséquence,

Je demande à bénéficier des garanties **Complémentaire Santé** du contrat d'assurance souscrit par l'ASAF & AFPS auprès de AXA France Vie ou AXA France Vie Mutuelle dont j'ai préalablement reçu et accepté les termes et conditions à savoir : un exemplaire du présent bulletin d'adhésion, la Notice d'information valant Conditions Générales, ainsi que les tableaux de prestations ;

Je demande à bénéficier des garanties **Protection Familiale Intégrale - Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des risques liés à Internet** du contrat d'assurance souscrit par l'ASAF & AFPS auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurances Vie Mutuelle et/ou Juridica dont j'ai préalablement reçu et accepté les termes et conditions à savoir : un exemplaire de la présente proposition d'assurance et la Notice d'information valant Conditions Générales.

Je reconnais avoir été informé(e) que l'acceptation de mon adhésion par l'Association et l'Assureur sera notifiée par l'envoi d'un certificat d'adhésion précisant les conditions dans lesquelles me sont accordées les garanties. En cas de refus de ma demande d'adhésion, j'en serais informé(e) par courrier et mon versement initial me sera intégralement remboursé y compris les droits d'entrée.

Je déclare sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande.

Fait en 4 exemplaires à Le

Signature de l'Adhérent, ou le cas échéant,
son représentant légal, précédée de la mention
« lu et approuvé »

IMPORTANT

Toute demande d'adhésion sans mandat dûment complété et signé ne permettra pas de mettre en place le prélèvement automatique de vos cotisations.

N'oubliez pas de joindre un Relevé d'identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA SANTÉ

Référence Unique de Mandat (RUM) - Réservé aux services de l'ASAF & AFPS/GIEPS :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle*. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

* L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et les obligations réciproques du débiteur et du créancier.

n° Adhérent :

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom * :

Votre prénom * :

Adresse * :

Code Postal* : Ville * :

Pays* :

Les coordonnées de votre compte (Joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

Nom du créancier : **GIEPS**
Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR73ZZ133817
Adresse du créancier : ASAF & AFPS
950 Route des Colles - Les Templiers
CS 50335
06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

Type de paiement : récurrent
Date : le / / à :

Signature du titulaire du compte :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de l'ASAF & AFPS/GIEPS - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 SOPHIA-ANTIPOLIS CEDEX - pour toute information me concernant.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA PRÉVOYANCE

Référence Unique de Mandat (RUM) - Réservé aux services de l'ASAF & AFPS/GIEPS :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle*. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

* L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et les obligations réciproques du débiteur et du créancier.

n° Adhérent :

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom * :

Votre prénom * :

Adresse * :

Code Postal* : Ville * :

Pays* :

Les coordonnées de votre compte (Joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

Nom du créancier : **GIEPS**
Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR73ZZ133817
Adresse du créancier : ASAF & AFPS
950 Route des Colles - Les Templiers
CS 50335
06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

Type de paiement : récurrent
Date : le / / à :

Signature du titulaire du compte :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de l'ASAF & AFPS/GIEPS - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 SOPHIA-ANTIPOLIS CEDEX - pour toute information me concernant.