

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

Garantie Complémentaire Santé

Protection Familiale Intégr@le

Garantie des Accidents de la Vie & Protection Juridique des risques liés à Internet



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.

Cachet de votre Assureur Conseil

ASAF & AFPS

ASAF AFPS

VENTE (mention obligatoire) :

EN AGENCE À DOMICILE À DISTANCE

Code :

Nom du producteur :

N° ORIAS (www.orias.fr) :

ADHÉRENT/ASSURÉ

M MME Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél portable : Tél domicile : 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 Etudiant Sans emploi

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

M MME Nom : Prénom :

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 Etudiant Sans emploi

AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Régime de base	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
-------	-------	---	----------------	-------	---

4^{ème} enfant

.....	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F/..../....	<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
-------	-------	---	----------------	-------	---

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) :

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.

Vente couplée : Oui Non Nom de la garantie : Date d'effet :

Cotisations

Calcul des cotisations (droits associatifs inclus)⁽¹⁾

Adhérent : €/mois
+ Conjoint(e) : €/mois
+ Enfant(s)⁽²⁾ : €/mois
Sous total : €/mois
Si Renfort(s)⁽³⁾ : + %

Total mensuel 1 : €/mois

- Réduction couple/famille⁽⁴⁾ : %
- Vente combinée : %

Total mensuel 2 : €/mois

Si effet N+1 : + %
+ Droits d'entrée : 15 €

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : €

(1) Se référer à la Notice d'information
(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 montant exact

Règlement des cotisations (échéance civile)

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 formulaire de prélèvement complété.

(3) Si aucune case cochée, le prélèvement sera effectué le 05

Soit, sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de€ sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations.

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 – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus au verso.

Oui j'adhère à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit par l'ASAF & AFPS auprès de « AXA France Vie » ou « AXA France Vie Mutuelle » et :

✓ Je déclare avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto-verso du présent bulletin d'adhésion, la Notice d'information valant Conditions Générales, ainsi que les tableaux de prestations.

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

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations me concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Conformément à l'article 32 de ladite loi :

✓ J'autorise l'ASAF & AFPS/GIEPS, responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance à :

- collecter et traiter les informations contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait recueillir ultérieurement y compris les informations pouvant être qualifiées de données de santé,
- communiquer ces informations et leurs mises à jour ultérieures d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc ou en Inde (en vertu d'une autorisation de la CNIL) et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

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

- les réponses aux questions qui me sont posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à mon égard peuvent être la nullité du contrat (article L. 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités (article L. 113-9 du Code des assurances),
- mon numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pourra être utilisé pour la gestion des risques d'assurance complémentaire santé conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 23 janvier 2014,
- mes données pourront être utilisées en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme (articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier), et ce dans le cadre d'un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 16 juin 2011,
- mes données pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 17 juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- mes données pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement relatif aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 23 janvier 2014,
- je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations me concernant que je peux exercer à tout moment en adressant un courrier accompagné d'une copie d'une pièce d'identité à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL - 2791 Chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex,
- mes données pourront être utilisées par l'ASAF & AFPS/GIEPS et ses partenaires afin de m'adresser des offres commerciales pour des produits ou des services analogues. Je peux m'y opposer simplement en cochant la case ci-contre .

ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION ASAF & AFPS

Sur la base du présent bulletin d'adhésion et des renseignements fournis, l'Association ASAF & AFPS s'engage, après acceptation, à faire bénéficier les assurés des garanties et des conditions du contrat collectif souscrit par elle auprès d'AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - n° orias : 13 005 764 (www.orias.fr) ou AXA Assurances Vie Mutuelle Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245, ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au contrat.

L'adhésion une fois acceptée par l'Association et l'Assureur, est notifiée par l'envoi du CERTIFICAT D'ADHÉSION, précisant les conditions dans lesquelles vous sont accordées les garanties.

Si votre demande devait être refusée, vous en seriez informé par courrier et votre versement initial vous serait INTÉGRALEMENT REMBOURSÉ y compris les droits d'entrée.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e), adresse, souhaite renoncer à ma demande d'adhésion Complémentaire Santé formulée le auprès du cabinet ».

Fait à, le Signature de l'Adhérent.

PARTENARIAT AVEC L'ASSOCIATION SAINT-LOUIS

Aujourd'hui, grâce à la recherche, 80% des leucémies de l'enfant sont vaincues, mais 70% des leucémies de l'adulte restent à vaincre.

La mission de l'Association Saint-Louis, reconnue d'utilité publique, est de venir en aide aux unités de recherche de l'Institut Universitaire d'Hématologie (IUH) de l'hôpital Saint-Louis à Paris, toutes engagées dans la lutte contre les cancers et les leucémies.

Vous souhaitez obtenir plus d'informations sur l'Association Saint-Louis ou faire un don pour la lutte contre les leucémies ? Nous vous invitons à visiter le site internet : www.association-saint-louis.org

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – Action Familiale de Prévoyance Sociale Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) – Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS
AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) – AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex – Entreprises régies par le Code des assurances

PROTECTION FAMILIALE INTÉGR@LE N°

(Réservé à l'ASAF & AFPS)

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

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

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION (2)	INDEMNISATION (2)	TARIFS TTC/MOIS (1)	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Individuelle	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 (3)	14,00 €	16,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			23,00 €	25,00 €
<input type="radio"/> Confort-Individuelle	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 €	21,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			31,00 €	35,00 €

Date 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** _____ ↑

JE CHOISIS LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION (2)	INDEMNISATION (2)	TARIFS TTC/MOIS (1)	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Individuelle	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 (3)	7,00 €	9,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			13,00 €	17,00 €
<input type="radio"/> Confort-Individuelle	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 €	14,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			21,00 €	27,00 €

Date 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** _____ ↑

(1) y compris 0,10 € de Droits Associatifs. (2) valable pour la seule Garantie des Accidents de la Vie. (3) les Garanties Accidents de la Vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le.

Soit, sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de€ sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations.

Modalités de renonciation : L'Adhérent peut renoncer à sa demande de souscription 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 – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus au verso.

Oui, j'adhère à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des risques liés à Internet souscrit par l'ASAF & AFPS auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurances Vie Mutuelle et/ou Juridica.

✓ Je déclare avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto-verso de la présente proposition d'assurance et la Notice d'information valant Conditions Générales du contrat Protection Familiale Intégr@le.

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

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations me concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Conformément à l'article 32 de ladite loi :

✓ J'autorise l'ASAF & AFPS/GIEPS, responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance à :

- collecter et traiter les informations contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait recueillir ultérieurement y compris les informations pouvant être qualifiées de données de santé,
- communiquer ces informations et leurs mises à jour ultérieures d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc, en Inde, au Canada, ou à l'île Maurice (en vertu d'une autorisation de la CNIL) et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

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

- les réponses aux questions qui me sont posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à mon égard peuvent être la nullité du contrat (article L. 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités (article L. 113-9 du Code des assurances),
- mes données pourront être utilisées en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme (articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier), et ce dans le cadre d'un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 16 juin 2011,
- mes données pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 17 juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- mes données pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement relatif aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL le 23 janvier 2014,
- je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations me concernant que je peux exercer à tout moment en adressant un courrier accompagné d'une copie d'une pièce d'identité à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL - 2791 Chemin de Saint-Bernard - Porte 19 CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex,
- mes données pourront être utilisées par l'ASAF & AFPS/GIEPS et ses partenaires afin de m'adresser des offres commerciales pour des produits ou des services analogues. Je peux m'y opposer simplement en cochant la case ci-contre .

ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION ASAF & AFPS

Sur la base de la présente proposition d'assurance/avenant et des renseignements fournis, l'Association ASAF & AFPS s'engage, après acceptation, à faire bénéficier les assurés des garanties et des conditions du contrat Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des risques liés à Internet souscrit par elle auprès d'AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073.50 euros - 310 499 959 RCS Nanterre ou AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 et/ou auprès de Juridica - Société anonyme au capital de 14 627 854, 68 euros - 572 079 150 RCS Versailles – ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au contrat.

La proposition d'assurance une fois acceptée par l'Association et l'Assureur, est notifiée par l'envoi du CERTIFICAT D'ADHÉSION valant conditions particulières, précisant les conditions dans lesquelles vous sont accordées les garanties.

Si votre demande devait être refusée, vous en seriez informé par courrier et votre versement initial vous serait INTÉGRALEMENT REMBOURSÉ.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma demande de souscription au contrat Protection Familiale Intégr@le n° conclue auprès du cabinet.....en date du et pour laquelle j'ai versé€. Cette renonciation entraîne le remboursement des sommes versées, sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période, dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.
Fait à, le Signature de l'Adhérent.

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) - **Action Familiale de Prévoyance Sociale** Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS
AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - n° orias : 13 005 764 (www.orias.fr) - **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex - **Juridica** - Société anonyme au capital de 14 627 854,68 euros - 572 079 150 R.C.S. VERSAILLES - Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi - Entreprises régies par le Code des assurances

ASAF & AFPS

ASAF AFPS

VENTE (mention obligatoire) :

EN AGENCE À DOMICILE À DISTANCE

Code :

Nom du producteur :

N° ORIAS (www.orias.fr) :

ADHÉRENT/ASSURÉ

M MME Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél portable : Tél domicile : 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 Etudiant Sans emploi

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

M MME Nom : Prénom :

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 Etudiant Sans emploi

AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Régime de base	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
-------	-------	---	----------------	-------	---

4^{ème} enfant

.....	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F/..../....	<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
-------	-------	---	----------------	-------	---

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) :

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.

Vente couplée : Oui Non Nom de la garantie : Date d'effet :

Cotisations

Calcul des cotisations (droits associatifs inclus)⁽¹⁾

Adhérent : €/mois
+ Conjoint(e) : €/mois
+ Enfant(s)⁽²⁾ : €/mois
Sous total : €/mois
Si Renfort(s)⁽³⁾ : + %

Total mensuel 1 : €/mois

- Réduction couple/famille⁽⁴⁾ : %
- Vente combinée : %

Total mensuel 2 : €/mois

Si effet N+1 : + %
+ Droits d'entrée : 15 €

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : €

(1) Se référer à la Notice d'information
(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 montant exact

Règlement des cotisations (échéance civile)

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 formulaire de prélèvement complété.

(3) Si aucune case cochée, le prélèvement sera effectué le 05

Soit, sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de€ sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations.

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 – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus au verso.

Oui j'adhère à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit par l'ASAF & AFPS auprès de « AXA France Vie » ou « AXA France Vie Mutuelle » et :

✓ Je déclare avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto-verso du présent bulletin d'adhésion, la Notice d'information valant Conditions Générales, ainsi que les tableaux de prestations.

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

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

PROTECTION FAMILIALE INTÉGR@LE N°

(Réservé à l'ASAF & AFPS)

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

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

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION (2)	INDEMNISATION (2)	TARIFS TTC/MOIS (1)	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Individuelle	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 (3)	14,00 €	16,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			23,00 €	25,00 €
<input type="radio"/> Confort-Individuelle	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 €	21,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			31,00 €	35,00 €

Date 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** _____ ↑

JE CHOISIS LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION (2)	INDEMNISATION (2)	TARIFS TTC/MOIS (1)	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Individuelle	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 (3)	7,00 €	9,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			13,00 €	17,00 €
<input type="radio"/> Confort-Individuelle	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 €	14,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			21,00 €	27,00 €

Date 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** _____ ↑

(1) y compris 0,10 € de Droits Associatifs. (2) valable pour la seule Garantie des Accidents de la Vie. (3) les Garanties Accidents de la Vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le.

Soit, sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de€ sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations.

Modalités de renonciation : L'Adhérent peut renoncer à sa demande de souscription 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 – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus au verso.

Oui, j'adhère à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des risques liés à Internet souscrit par l'ASAF & AFPS auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurances Vie Mutuelle et/ou Juridica.

✓ Je déclare avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto-verso de la présente proposition d'assurance et la Notice d'information valant Conditions Générales du contrat Protection Familiale Intégr@le.

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

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

ASAF & AFPS

ASAF AFPS

VENTE (mention obligatoire) :

EN AGENCE À DOMICILE À DISTANCE

Code :

Nom du producteur :

N° ORIAS (www.orias.fr) :

ADHÉRENT/ASSURÉ

M MME Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél portable : Tél domicile : 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 Etudiant Sans emploi

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

M MME Nom : Prénom :

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 Etudiant Sans emploi

AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Régime de base	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
-------	-------	---	----------------	-------	---

4^{ème} enfant

.....	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F/..../....	<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
-------	-------	---	----------------	-------	---

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) :

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.

Vente couplée : Oui Non Nom de la garantie : Date d'effet :

Cotisations

Calcul des cotisations (droits associatifs inclus)⁽¹⁾

Adhérent : €/mois
+ Conjoint(e) : €/mois
+ Enfant(s)⁽²⁾ : €/mois
Sous total : €/mois
Si Renfort(s)⁽³⁾ : + %

Total mensuel 1 : €/mois

- Réduction couple/famille⁽⁴⁾ : %
- Vente combinée : %

Total mensuel 2 : €/mois

Si effet N+1 : + %
+ Droits d'entrée : 15 €

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : €

(1) Se référer à la Notice d'information
(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 montant exact

Règlement des cotisations (échéance civile)

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 formulaire de prélèvement complété.
(3) Si aucune case cochée, le prélèvement sera effectué le 05

Soit, sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de€ sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations.

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 – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus au verso.

Oui j'adhère à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit par l'ASAF & AFPS auprès de « AXA France Vie » ou « AXA France Vie Mutuelle » et :

- ✓ Je déclare avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto-verso du présent bulletin d'adhésion, la Notice d'information valant Conditions Générales, ainsi que les tableaux de prestations.
- ✓ Je déclare sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande.

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

PROTECTION FAMILIALE INTÉGR@LE N°

(Réservé à l'ASAF & AFPS)

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

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

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION (2)	INDEMNISATION (2)	TARIFS TTC/MOIS (1)	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Individuelle	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 (3)	14,00 €	16,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			23,00 €	25,00 €
<input type="radio"/> Confort-Individuelle	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 €	21,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			31,00 €	35,00 €

Date 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** _____ ↑

JE CHOISIS LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

FORMULE	SEUIL D'INTERVENTION (2)	INDEMNISATION (2)	TARIFS TTC/MOIS (1)	
			Non Seniors	Seniors
<input type="radio"/> Référence-Individuelle	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 (3)	7,00 €	9,00 €
<input type="radio"/> Référence-Famille			13,00 €	17,00 €
<input type="radio"/> Confort-Individuelle	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 €	14,00 €
<input type="radio"/> Confort-Famille			21,00 €	27,00 €

Date 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** _____ ↑

(1) y compris 0,10 € de Droits Associatifs. (2) valable pour la seule Garantie des Accidents de la Vie. (3) les Garanties Accidents de la Vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le.

Soit, sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de€ sous réserve de modifications fiscales, légales, réglementaires ou contractuelles susceptibles d'affecter le montant des cotisations.

Modalités de renonciation : L'Adhérent peut renoncer à sa demande de souscription 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 – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus au verso.

Oui, j'adhère à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des risques liés à Internet souscrit par l'ASAF & AFPS auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurances Vie Mutuelle et/ou Juridica.

✓ Je déclare avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto-verso de la présente proposition d'assurance et la Notice d'information valant Conditions Générales du contrat Protection Familiale Intégr@le.

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

Signature de l'Adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à Le/...../.....

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 débiter votre compte, et votre banque à débiter 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
2791 chemin de Saint-Bernard
Porte 19 - CS 80243
06227 VALLAURIS 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 - 2791, Chemin de Saint Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex - pour toute information me concernant.

MANDAT DE PRELEVEMENT 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 débiter votre compte, et votre banque à débiter 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
2791 chemin de Saint-Bernard
Porte 19 - CS 80243
06227 VALLAURIS 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 - 2791, Chemin de Saint Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex - pour toute information me concernant.