

BULLETIN D'ADHÉSION / AVENANT

Garantie Complémentaire Santé & Surcomplémentaire



Pour toute adhésion 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 :

N° ORIAS (www.orias.fr) : ASAF AFPS

Producteur Nom : Prénom :

Gérant Salarié Mandataire - N°Orias (www.orias.fr) :

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

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 :

Code postal : Ville : Email :

Situation de famille : Date de naissance :

Commune de naissance : Pays de naissance :

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

N° du centre de gestion Sécurité sociale :

Régime Obligatoire : SALARIÉ TNS AGRICOLE ALSACE MOSELLE AUTRE :

N° Siren si TNS :

Catégorie d'activités : Artisans & Commerçants Indépendants & Professions libérales Cadres & Employés Secteur privé

Techniciens & Ouvriers Secteur privé Secteur public & assimilés Sans activité professionnelle

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

Permis de conduire Numéro :

Autorité, Date, Commune et Pays de délivrance :

Date d'expiration :

L'Adhérent est : majeur protégé Oui Non mineur seul sur le contrat Oui Non

Si l'Adhérent est un majeur protégé ou un mineur seul sur le contrat, joindre obligatoirement le feuillet Représentant Légal à cette demande d'adhésion.

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 :

N° Siren si TNS :

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
-------------------------	--	---	-------	-------	---

.....



ENFANT(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Régime obligatoire	N° Sécurité sociale de rattachement
4 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
5 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
6 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
7 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
8 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
9 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
10 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
11 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....
12 ^{ème} enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			<input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père
.....

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR VOTRE CONTRAT

Vous trouverez ci-dessous les informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance complémentaire d'AXA France, conformément à l'article 5 de Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019.

Ratio frais de gestion/cotisations HT : 19,72 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ratio prestations/cotisations HT : 77,40 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.



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) :

ANCIENNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Avez-vous déjà une complémentaire santé ? OUI NON

Si oui, avez-vous déjà résilié votre contrat ? OUI NON

Si oui, quelle est la date de fin des garanties ?

La résiliation de votre contrat ne peut être effective qu'à l'issue d'un délai de 30 jours suivant la réception par votre complémentaire santé de votre notification de résiliation.

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

Réduction couple / famille ⁽⁴⁾ :%

Réduction commerciale :%

Code Promo / libellé :

Réduction spécifique :%

Droits associatifs : €/mois ⁽⁵⁾

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC :€ ⁽⁶⁾

COTISATION TOTALE ANNUELLE TTC :€ ⁽⁶⁾

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

MONTANT À RÉGLER À L'ADHÉSION :

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

Soit une première cotisation de :€

(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

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, en cas de vente à distance ou à domicile, 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 - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus à la notice d'information.

SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ N°

(Réservé à l'ASAF & AFPS)

N° du contrat complémentaire Santé* :

* les personnes assurées au titre de la surcomplémentaire sont identiques à celles assurées au titre du contrat complémentaire correspondant.

ADHÉSION NOUVELLE AVENANT de Nom : Prénom :

TAUX DE COMMISSION : Date d'effet souhaitée* :

Nom de la garantie : Code :

Niveau choisi :

* En cas d'adhésion simultanée à la complémentaire et à la surcomplémentaire, la date d'effet souhaitée de la surcomplémentaire doit être identique à la date d'effet souhaitée de la complémentaire

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

* les modalités de règlement des cotisations de la surcomplémentaire doivent être identiques aux modalités de règlement des cotisations du contrat complémentaire correspondant.

COTISATIONS

Réduction couple / famille ⁽⁴⁾ :%

Réduction commerciale :%

Code Promo / libellé :

Réduction spécifique :%

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC :€ ⁽⁵⁾

COTISATION TOTALE ANNUELLE TTC :€ ⁽⁵⁾

(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) 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



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 et l'exécution de contrat(s) d'assurance et de mon adhésion à l'Association. 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, 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 adhérent (offres et promotions ciblées).

✓ J'autorise l'ASAF & AFPS, 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,
- 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 de me remettre mes données pour les transmettre à un autre responsable de traitement.
- l'ASAF & AFPS 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 - Délégué à la Protection des Données - Les Templiers - 950 Route des Colles - 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 asaf-afps.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**

et/ou

des garanties **Surcomplémentaire Santé**

du contrat d'assurance souscrit par l'ASAF & AFPS auprès d'AXA France Vie dont j'ai préalablement reçu et accepté les termes et conditions à savoir : un exemplaire du présent bulletin d'adhésion, la Notice d'information, le Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA) ainsi que les tableaux de prestations ;

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 3 exemplaires à Le

Signature de l'Adhérent, ou le cas échéant, son représentant légal⁽¹⁾,
précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) Indiquer s'il s'agit du père, de la mère, du tuteur ou du cotuteur + joindre, selon le cas, la copie du livret de famille ou la décision de justice.

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) - Réserve aux services de l'ASAF & AFPS :

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) : FR73ZZZ133817

Adresse du créancier : ASAF & AFPS

Les Templiers

950 Route des Colles

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 - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX - pour toute information me concernant.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA SURCOMPLÉMENTAIRE

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

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) : FR73ZZZ133817

Adresse du créancier : ASAF & AFPS

Les Templiers

950 Route des Colles

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 - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX - pour toute information me concernant.