



Bulletin d'adhésion Avizen Pro

OK



souscrit par
ANPERE
association d'assurés



**AVIZEN PRO
AXA ÉPARGNE ET PROTECTION****1**

- ☒ Je demande mon adhésion
☐ Je suis déjà adhérent sous le numéro _____

à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite), et demande mon adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative AVIZEN PRO souscrit par ANPERE auprès d'AXA France Vie, dénommée ci-après AXA.

ADHÉRENT / ASSURÉ

☒ M. ☐ Mme N° de client : 0717046695 Clé _____ Date de naissance* : 13 / 05 / 1984
Nom et prénom de l'adhérent* : SARRAZYN GREGORY
Nom de jeune fille : _____
Adresse* : n° de rue, lieu-dit : 72 AV DE L OCCITANIE
Code postal : 31290 Commune : VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS
Profession* : CHAUFFAGISTE / FRIGORISTE
Nationalité : France Situation de famille* : Marié
Pièce d'identité de l'adhérent* : ☒ Carte Nationale d'identité ☐ Passeport ☐ Carte de séjour ☐ Carte de résident ☐ Permis de conduire
Numéro* : 160231307714
Date et lieu de délivrance* : 24/02/2016 - haute Garonne Date d'expiration* : 23/02/2031
Département de naissance* : 15 Commune de naissance* : AURILLAC Pays de naissance* : France
Vous êtes résident(e) fiscal(e) en France : ☒ Oui ☐ Non

PERSONNE À ASSURER

☐ M. ☐ Mme Date de naissance* : ____ / ____ / ____
Nom et prénom de l'adhérent* : _____
Nom de jeune fille : _____
Adresse* : n° de rue, lieu-dit : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Profession* : _____
☐ Fumeur ☒ Non-fumeur L'assuré déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé du tout au cours des 24 mois précédant l'adhésion. De plus l'assuré s'engage à informer l'assureur si celui-ci recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée de l'adhésion. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de modifier la tarification par avenant. L'assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée de l'adhésion, tout contrôle qu'il jugera nécessaire.
☒ Réduction Première Installation L'assuré déclare sur l'honneur qu'il s'agit d'une première installation en tant que Travailleurs Non Salariés et que celle-ci date de moins de 2 ans. L'assuré reconnaît que cette déclaration est établie en vue de profiter de 25 % de réduction sur le tarif de l'ensemble des garanties, l'année d'adhésion et les 3 années d'adhésion suivantes.
Groupe tarifaire : ☐ Groupe I ☐ Groupe II ☐ Groupe III ☒ Groupe IV

CARACTERISTIQUES DE L'ADHESION

Date d'effet souhaitée 14 / 10 / 2020

L'adhésion est conclue à la date figurant sur le certificat d'adhésion, après acceptation du risque par AXA, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation.

Option Indexation : ☒ Oui ☐ Non

Demande de remplacement : ☐ Oui ☒ Non

Demande de reprise à la concurrence : ☐ Oui ☒ Non

☐ Fiscalité MADELIN⁽¹⁾ : mon adhésion s'inscrit dans le cadre de la loi n° 94-126 (loi madelin). À ce titre, je soussigné, l'adhérent, déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie. Je m'engage à ce qu'il en soit de même tout au long de mon adhésion.

Vos solutions MEDIUM / PREMIUM

	MEDIUM			PREMIUM		
Garantie(s) en cas de Décès/invalidité permanente Totale et Services d'assistance	Montants ⁽³⁾			Montants ⁽³⁾		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale toutes causes ⁽²⁾	_____ €			_____ €		
• Rente Éducation Décès/Invalidité Permanente Totale	_____ €			_____ €		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale en cas d'accident ⁽²⁾				_____ €		
• Services d'Assistance ⁽²⁾						
Garanties en cas d'incapacité Temporaire Totale	Montants ⁽³⁾	Franchise ⁽⁴⁾ (hospi/accident/ maladie)	Durée d'indemnisation	Montants ⁽³⁾	Franchise ⁽⁴⁾ (hospi/accident/ maladie)	Durée d'indemnisation
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 90 jours	_____ €	_____	90 jours	_____ €	_____	90 jours
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 365 jours	_____ €	_____	365 jours	_____ €	_____	365 jours
• Indemnités Journalières toutes causes	_____ €	_____	1 095 jours	_____ €	_____	1 095 jours
• Indemnités Remboursement des frais professionnels				_____ €	30/30/30	365 jours
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'incapacité						
Garanties en cas d'invalidité	Montants ⁽³⁾			Montants ⁽³⁾		
• Rente Invalidité Permanente Partielle ou Totale	_____ €	Ma profession est éligible ⁽⁶⁾ J'opte pour l'option invalidité professionnelle <input type="checkbox"/>		_____ €	Ma profession est éligible ⁽⁶⁾ J'opte pour l'option invalidité professionnelle <input type="checkbox"/>	
Exonération des cotisations en cas d'invalidité						

CARACTERISTIQUES DE L'ADHESION

Votre solution personnalisée

Garanties principales - Garanties en cas de Décès/Invalidité Permanente Totale et Services d'assistance ⁽¹⁾	Montants ⁽²⁾		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale toutes causes ⁽²⁾	_____ €		
• Capital Décès double garantie ⁽²⁾	_____ €		
• Rente Décès/Invalidité Permanente Totale	_____ €		
• Rente Éducation Décès/Invalidité Permanente Totale	_____ 180 €		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale en cas d'accident	_____ €		
• Services d'Assistance ⁽²⁾			
Garanties optionnelles - Garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale	Montants ⁽²⁾	Franchise ⁽³⁾ (hospi/accident/maladie)	Durée d'indemnisation ⁽⁴⁾
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 90 jours	_____ €	_____	90 jours
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 365 jours	_____ €	_____	365 jours
• Indemnités Journalières toutes causes	_____ €	_____	_____
• Indemnités Remboursement des frais professionnels	_____ €	_____	_____
• Indemnités Journalières en cas d'accident ⁽²⁾	_____ €	_____	1 095 jours
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'incapacité			
Garanties optionnelles - Garanties en cas d'Invalidité	Montants ⁽²⁾		
• Rente Invalidité Permanente Partielle ou Totale	_____ 1 000 €	Ma profession est éligible (6) J'opte pour l'option invalidité professionnelle <input type="checkbox"/>	
• Capital Invalidité Permanente Partielle ou Totale ⁽²⁾	_____ €		
• Rente Invalidité Permanente en cas d'accident ⁽²⁾	_____ €		
• Capital Invalidité Permanente en cas d'accident ⁽²⁾	_____ €		
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'invalidité			

(1) Uniquement si l'adhérent est l'assuré.

(2) Ces garanties n'ouvrent pas droit à la déductibilité dans le cadre du régime Madelin.

(3) Le montant des garanties en rente est un montant mensuel. Le montant des garanties Indemnités Journalières est un montant journalier.

(4) Principales franchises au choix :

Garanties Toutes causes : 1/3/15 - 1/3/30 - 3/3/15 - 3/3/30 - 15/15/15 - 30/30/30 - 90/90/90 (excepté IJRO 90 jours) – 365/365/365 (excepté IJRO 90 jours et IJRO 365 jours).

Garantie Accident : 3 j - 15 j - 30 j.

(5) Durée d'indemnisation au choix : 365 jours ou 1 095 jours.

(6) Uniquement pour les professions éligibles à un barème professionnel : Anesthésiste-Réanimateur, Architecte, Avocat, Chiropracteur, Chirurgien, Chirurgien-Dentiste, Orthodontiste, Stomatologiste, Expert-Comptable, Huissier de justice, Infirmer, Sage-femme, Kinésithérapeute, Médecin généraliste, Médecin spécialiste, Notaire, Orthophoniste, Ostéopathe, Pédicure-Podologue, Pharmacien, Vétérinaire.

BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL VERSÉ EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après :

- ☐ Clause « Conjoint – Enfants (héritiers) » : le conjoint de l'assuré(e) non séparé de corps ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut ou en cas de renonciation les enfants nés ou à naître de l'assuré(e) par parts égales entre eux ou leurs descendants venant en lieu et place, à défaut ou en cas de renonciation les héritiers de l'assuré(e) (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- ☐ Clause « Conjoint Héritiers » : le conjoint de l'assuré(e) non séparé de corps ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut ou en cas de renonciation, les héritiers de l'assuré(e) (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- ☐ Clause « Enfants (héritiers) » : les enfants nés ou à naître de l'assuré(e), par parts égales entre eux, la part du prédécédé ou du renonçant, aux héritiers de ce dernier, à défaut, les héritiers de l'assuré(e) (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- ☐ Clause « Héritiers » : les héritiers de l'assuré(e) (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- ☐ Clause « Texte libre » :

1

Dans ce cas, l'adhérent peut porter à l'adhésion au contrat les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le(s) contacter en cas de décès de l'assuré.

BÉNÉFICIAIRE DE LA RENTE VERSÉE EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

Titre, nom et prénom du bénéficiaire*

Date de naissance* / /

BÉNÉFICIAIRE(S) DE(S) RENTE(S) ÉDUCATION VERSÉE(S) EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

Titre, nom et prénom du bénéficiaire*	Date de naissance*
M SARRAZYN MAEL	25 / 05 / 2018
M SARRAZYN EMMA	03 / 01 / 2016
	/ /
	/ /
	/ /

RISQUES COMMUNS DE L'ASSURÉ

L'assuré est-il déjà couvert par d'autres contrats de prévoyance AXA et/ou AGIPI y compris emprunteur et hors contrats d'assurance collective ?

☐ Oui ☒ Non

Si oui, n° Contrats : _____

PAYEUR DE PRIMES (SI DIFFÉRENT DE L'ADHÉRENT)

Si le payeur de primes est une personne morale :

Nom de la société* : GSCCLIM Numéro R.C.S : _____

Adresse : 72 avenue de l'occitanie 31290 villefranche de lauraguais

Si le payeur de primes est une personne physique :

☐ M. ☐ Mme Nom et prénom* : _____ Date de naissance* : / /

OBSERVATIONS**VERSEMENTS RELATIFS A LA PRÉSENTE ADHÉSION**

Les cotisations sont réglées selon la périodicité : ☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☒ Mensuelle, par prélèvement automatique

Sur le compte RIB : Code Banque 13135 Code Guichet 00080 Numéro de Compte 08006835694 Clé RIB 29

☒ le 5 du mois ☐ le 10 du mois ☐ le 15 du mois (joindre RIB et Formulaire de prélèvement complété).

Montant de la cotisation fractionnée : 26.62 €

A l'adhésion : cotisation de 53.24 € (correspondant à 2 cotisations fractionnées en cas de périodicité mensuelle et à 1 cotisation fractionnée dans les autres cas) à laquelle s'ajoutent 15.00 € de droits d'adhésion

Soit une cotisation initiale totale de : 68.24 €

En cas de fractionnement mensuel, trimestriel ou semestriel, la cotisation fractionnée tient compte des frais respectifs de 5 %, 3 % et 2 %.

REÇU

L'adhérent reconnaît avoir reçu et pris connaissance des documents suivants : un exemplaire du présent « Bulletin d'adhésion » ainsi que de la « Notice d'information » (réf. 964714).

L'adhérent reconnaît également avoir reçu un exemplaire des documents suivants (cocher les cases appropriées)

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Questionnaire simplifié | <input type="checkbox"/> Rapport médical | <input type="checkbox"/> Questionnaire sportif |
| <input type="checkbox"/> Questionnaire professionnel | <input type="checkbox"/> Questionnaire résidences et voyages | <input type="checkbox"/> Questionnaire financier confidentiel |
| <input type="checkbox"/> Questionnaire de santé et mode de vie | <input type="checkbox"/> Barème spécifique | |

1

AXA se réserve le droit de réclamer ultérieurement tout document nécessaire à l'adhésion.

Si l'adhérent n'était pas en possession de son certificat d'adhésion dans un délai de 45 jours, il devrait en aviser les services d'AXA – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.

- L'adhérent certifie l'exactitude et la sincérité des réponses aux questions figurant sur le présent bulletin d'adhésion.
- L'adhérent reconnaît être informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration telles que prévues par le Code des Assurances : nullité du contrat – article L 113-8 ou réduction des indemnités article L 113-9.
- L'adhérent certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de l'adhésion ne constituent pas le produit direct ou indirect de crimes ou de délits au sens des articles L 561-1 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du Code pénal et 415 du Code des douanes, textes relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes.
- L'adhérent déclare être pleinement informé qu'AXA est soumise, en sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes et notamment à une déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (articles L 561-1 et suivants, et R 561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

MODALITÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion est conclue. L'adhérent est informé que l'adhésion est conclue à réception du certificat d'adhésion.

Il doit adresser sa demande au Centre de Prévoyance AXA – AXA Prévoyance Individuelle Réseaux AXA Épargne et Protection TSA 40035 – 69836 Saint Priest Cedex 9 par lettre recommandée avec accusé de réception. AXA remboursera l'intégralité des fonds reçus dans les 30 jours à compter de la réception de ladite lettre recommandée. La réception de la lettre mettra fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous :

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion (nom du produit) n° _____ pour laquelle j'ai versé _____€ en date du _____. Cette renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des sommes versées dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.

Fait à _____, le _____ Signature de l'adhérent


Fait à VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS le 14 / 10 / 2020

Signature de l'adhérent (s'il est différent de la personne assurée)

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Signature de l'assuré

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé » ⁽¹⁾

	
--	--

⁽¹⁾ Lorsque l'adhérent est une personne différente de l'assuré et qu'une garantie décès a été souscrite, la signature de l'assuré doit être précédée de la mention « Bon pour consentement à une assurance de ... € sur ma tête ».

NOM - MATRICULE PRODUCTEUR

1er RÉALISATEUR	2ème RÉALISATEUR	INSPECTEUR
Nom / Prénom : ARADJ NEDJMA Matricule : 0064725675 Code Portefeuille : 409777485 Signature : 	Nom / Prénom : Matricule : Signature :	Nom / Prénom : Signature :

Votre Association ANPERE

En optant pour ce contrat, vous adhérez à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance et l'Épargne et la Retraite), une des principales associations d'assurés en France. Souscriptrice du contrat, elle vous fait bénéficier d'une représentation collective auprès d'AXA, d'une information régulière et de services pratiques pour faciliter votre vie quotidienne.

www.anpere.fr

