

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : ASAF - Association Santé et Action Familiale - Siren 307 513 259 / AFPS - Action Familiale de Prévoyance Sociale - Siren 418 102 604, associations souscriptrices de contrats d'assurances auprès de AXA France Vie et intermédiaires en assurance immatriculés à l'ORIAS.

Produit : **Innov'Santé**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne peut remplacer un accompagnement personnalisé par un de nos conseillers. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Innov'Santé est un contrat d'assurance santé complémentaire modulaire, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient principalement en complément de la Sécurité sociale mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale (SS). Ce contrat propose des solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin (sur les formules de garantie du contrat complémentaire). Ce contrat peut être complété par une surcomplémentaire. Ce contrat est ouvert à l'adhésion jusqu'à 65 ans (âge par différence de millésime).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais de transport
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, médicaments prescrits et remboursés par la SS, médicaments non remboursés par la SS
- ✓ Frais d'optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites remboursées ou non par la SS, matériel amblyopie
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie,
- ✓ Appareillages : audioprothèses, prothèses, orthèses
- ✓ Prévention & Bien-être : vaccins non remboursés par la SS, médecine douce (ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe), ostéodensitométrie

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

Hospitalisation : chambre particulière, lit pour accompagnant,
Frais d'optique : opérations par laser (myopie, hypermétropie et presbytie),
Frais dentaires : orthodontie et implantologie non remboursés par la SS
Forfait naissance – adoption
Cure thermique

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Site web orientation hospitalière

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Garde-enfant, garde-enfants malades, soutien scolaire, aide-ménagère, garde-animaux

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais d'hospitalisation en long séjour ou en établissements médico-sociaux
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chambre particulière dans un établissement non conventionné



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Sur tous les contrats

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! Les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels

Sur tous les contrats hormis les surcomplémentaires

- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! Hospitalisation et maternité :

- Les frais d'hospitalisation sont limités le premier mois d'assurance au ticket modérateur sauf en cas d'accident
- La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours par année civile et par assuré en séjour spécialisé pour les contrats bénéficiant de la garantie,
- La prise en charge du lit pour accompagnant est limitée à 15 jours par année civile et par assuré pour les contrats bénéficiant de la garantie,
- La prise en charge des frais de chirurgie esthétique est limitée est limitée au ticket modérateur, sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée

! Frais d'optique :

- Jusqu'au 31/12/2019, la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans (sauf pour les enfants de 17 ans et moins ou en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement)
- À partir du 1^{er} janvier 2020, la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans (sauf pour les enfants de 15 ans et moins ou en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement)



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, nous intervenons en complément et sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Répondre aux questions posées par des informations complètes et exactes concernant vos données personnelles,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'ASAF&AFPS/GIEPS,
- Payer votre cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de Sécurité Sociale, RIB).
- Déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de modifier le risque (changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession). Dans ces cas, l'assuré doit fournir à l'ASAF&AFPS/GIEPS les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation.
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans la Notice d'information.
- Payer vos cotisations.
- Déclarer tout sinistre dans les délais prévus par le contrat et joindre les pièces nécessaires à l'appréciation du sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vos cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique en fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Elles sont également payables par chèque en fractionnement semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord. L'adhésion est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, jusqu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier,
- en cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur, en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois de l'adhésion au contrat collectif obligatoire,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la notification du changement de tarif,
- en cas de changement de votre situation personnelle ayant une incidence sur le risque garanti en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois de la survenance du changement.

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : ASAF - Association Santé et Action Familiale - Siren 307 513 259 / AFPS - Action Familiale de Prévoyance Sociale - Siren 418 102 604, associations souscriptrices de contrats d'assurances auprès de AXA France Vie et intermédiaires en assurance immatriculés à l'ORIAS.

Produit : **Innov'Santé**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne peut remplacer un accompagnement personnalisé par un de nos conseillers. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Innov'Santé est un contrat d'assurance santé complémentaire modulaire, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient principalement en complément de la Sécurité sociale mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale (SS). Ce contrat propose des solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin (sur les formules de garantie du contrat complémentaire). Ce contrat peut être complété par une surcomplémentaire. Ce contrat est ouvert à l'adhésion jusqu'à 65 ans (âge par différence de millésime).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais de transport
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, médicaments prescrits et remboursés par la SS, médicaments non remboursés par la SS
- ✓ Frais d'optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites remboursées ou non par la SS, matériel amblyopie
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie,
- ✓ Appareillages : audioprothèses, prothèses, orthèses
- ✓ Prévention & Bien-être : vaccins non remboursés par la SS, médecine douce (ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe), ostéodensitométrie

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES :

Hospitalisation : chambre particulière, lit pour accompagnant,
Frais d'optique : opérations par laser (myopie, hypermétropie et presbytie),
Frais dentaires : orthodontie et implantologie non remboursés par la SS
Forfait naissance – adoption
Cure thermique

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Site web orientation hospitalière

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Garde-enfant, garde-enfants malades, soutien scolaire, aide-ménagère, garde-animaux

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais d'hospitalisation en long séjour ou en établissements médico-sociaux
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chambre particulière dans un établissement non conventionné



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

Sur tous les contrats

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! Les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels

Sur tous les contrats hormis les surcomplémentaires

- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! Hospitalisation et maternité :

- Les frais d'hospitalisation sont limités le premier mois d'assurance au ticket modérateur sauf en cas d'accident
- La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours par année civile et par assuré en séjour spécialisé pour les contrats bénéficiant de la garantie,
- La prise en charge du lit pour accompagnant est limitée à 15 jours par année civile et par assuré pour les contrats bénéficiant de la garantie,
- La prise en charge des frais de chirurgie esthétique est limitée est limitée au ticket modérateur, sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée

! Frais d'optique :

- Jusqu'au 31/12/2019, la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans (sauf pour les enfants de 17 ans et moins ou en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement)
- À partir du 1^{er} janvier 2020, la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans (sauf pour les enfants de 15 ans et moins ou en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement)



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, nous intervenons en complément et sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Répondre aux questions posées par des informations complètes et exactes concernant vos données personnelles,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'ASAF&AFPS/GIEPS,
- Payer votre cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de Sécurité Sociale, RIB).
- Déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de modifier le risque (changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession). Dans ces cas, l'assuré doit fournir à l'ASAF&AFPS/GIEPS les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation.
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans la Notice d'information.
- Payer vos cotisations.
- Déclarer tout sinistre dans les délais prévus par le contrat et joindre les pièces nécessaires à l'appréciation du sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vos cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique en fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Elles sont également payables par chèque en fractionnement semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord. L'adhésion est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, jusqu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier,
- en cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur, en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois de l'adhésion au contrat collectif obligatoire,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée dans les 15 jours suivant la notification du changement de tarif,
- en cas de changement de votre situation personnelle ayant une incidence sur le risque garanti en adressant à l'ASAF&AFPS/GIEPS une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois de la survenance du changement.

BULLETIN D'ADHÉSION / AVENANT

Garantie Complémentaire Santé

Predictis.
Patrimoine • Retraite • Prévoyance

Ce contrat a été développé et négocié pour **PREDICTIS** ayant son siège social au 14 rue de la Ferme 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT, Tél 01 46 10 22 50
N°Orias : 07001325 <http://www.orias.fr>, Société de courtage d'assurances, N° Siret : 411 415 565 00141

Distributeur : PREDICTIS, qui commercialise ce contrat à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau
d'intermédiaires d'assurances partenaires
Mandataire d'assurance : ASAF & AFPS - Centre de Gestion : ASAF & AFPS

ASSUREUR-CONSEIL

Raison sociale : **PREDICTIS** Code Courtier : **7GF**
N° ORIAS (www.orias.fr) : ☒ ASAF ☐ AFPS
Producteur Nom : **CEDRIC** Prénom : **JOUBERT**
☐ Gérant ☐ Salarié ☐ Mandataire - N°Orias (www.orias.fr) : **7001325**
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 : **LAZRAC** Prénom : **ALI**
Adresse : **30 RUE DELAMBRE** Tél fixe :
Tél. portable : **(33)665469081**
Code postal : **75014** Ville : **PARIS-14E-ARRONDISSEMENT** Email : **lazrakali0@gmail.com**
Situation de famille : **Célibataire** Date de naissance : **08/02/2001**
Commune de naissance : **ANFA** Pays de naissance : **MAROC**
N° de Sécurité sociale / N° d'immatriculation : **101029935040532**
N° du centre de gestion Sécurité sociale : **017518955**
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 : **NZ1484720**
Autorité, Date, Commune et Pays de délivrance : **Le 18/06/2019 à CASABLANCA, MAROC (Préfecture)**
Date d'expiration : **18/06/2024**
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)

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 : 77,4 %

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 : T57 Date d'effet souhaitée : 08/04/2022

Nom de la garantie : INNOV SANTE Code : XBSA

Niveau choisi : IS1 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

Si renfort(s) : %

Réduction couple / famille ⁽⁴⁾ : %

Réduction commerciale : 0.00 %

Réduction spécifique : %

Droits associatifs : 1.50 €/mois ⁽⁵⁾

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : 43.38 € ⁽⁶⁾

COTISATION TOTALE ANNUELLE TTC : 520.56 € ⁽⁶⁾

+ Droits d'entrée : 0 € (réglés avec la 1^{ère} cotisation)

MONTANT À RÉGLER À L'ADHÉSION :

Cotisation de 43.38 € ⁽⁶⁾ (correspondant à une cotisation fractionnée), à laquelle s'ajoutent 0 € de droits d'entrée.

Soit une première cotisation de : 43.38 €

(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.

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 ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (majoration de cotisation ou application de la règle proportionnelle de prime) 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** 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 valant Conditions Générales, 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 à PARIS-14E-ARRONDISSEMENT Le 08/04/2022....

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.

(Signature-1692511)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen. En signant ce mandat, vous autorisez :

- L'ASAF & AFPS/GIEPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASAF & AFPS/GIEPS :

Important : Merci de compléter, dater et signer ce mandat. N'oubliez pas d'y joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DESIGNATION DU CREANCIER

ASAF & AFPS / GIEPS

950 Route des Colles
Les Templiers - CS 50335
6906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX
France

Identifiant Créancier SEPA: FR73ZZZ133817

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

LAZRAK ALI
Adresse : 30 RUE DELAMBRE
Code postal : 75014 - Ville : PARIS-14E-ARRONDISSEMENT
Pays : FRANCE

N° Adhérent :

Compte bancaire à débiter

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

FR76 1027 8060 4500 0214 0570 186

Code international d'identification de votre banque (BIC) : CMCIFR2A

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (réservé aux services de l'ASAF & AFPS/GIEPS) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à : PARIS-14E-ARRONDISSEMENT. Le : 08/04/2022.

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de votre demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en adressant un courrier accompagné d'une copie d'une pièce d'identité à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 6906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX.

BULLETIN D'ADHÉSION / AVENANT

Garantie Complémentaire Santé

Predictis.
Patrimoine • Retraite • Prévoyance

Ce contrat a été développé et négocié pour **PREDICTIS** ayant son siège social au 14 rue de la Ferme 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT, Tél 01 46 10 22 50
N°Orias : 07001325 <http://www.orias.fr>, Société de courtage d'assurances, N° Siret : 411 415 565 00141

Distributeur : PREDICTIS, qui commercialise ce contrat à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau
d'intermédiaires d'assurances partenaires
Mandataire d'assurance : ASAF & AFPS - Centre de Gestion : ASAF & AFPS

ASSUREUR-CONSEIL

Raison sociale : **PREDICTIS** Code Courtier : **7GF**
N° ORIAS (www.orias.fr) : ☒ ASAF ☐ AFPS
Producteur Nom : **CEDRIC** Prénom : **JOUBERT**
☐ Gérant ☐ Salarié ☐ Mandataire - N°Orias (www.orias.fr) : **7001325**
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 : **LAZRAC** Prénom : **ALI**
Adresse : **30 RUE DELAMBRE** Tél fixe :
Tél. portable : **(33)665469081**
Code postal : **75014** Ville : **PARIS-14E-ARRONDISSEMENT** Email : **lazrakali0@gmail.com**
Situation de famille : **Célibataire** Date de naissance : **08/02/2001**
Commune de naissance : **ANFA** Pays de naissance : **MAROC**
N° de Sécurité sociale / N° d'immatriculation : **101029935040532**
N° du centre de gestion Sécurité sociale : **017518955**
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 : **NZ1484720**
Autorité, Date, Commune et Pays de délivrance : **Le 18/06/2019 à CASABLANCA, MAROC (Préfecture)**
Date d'expiration : **18/06/2024**
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)

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 : 77,4 %

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 : T57 Date d'effet souhaitée : 08/04/2022

Nom de la garantie : INNOV SANTE Code : XBSA

Niveau choisi : IS1 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

Si renfort(s) : %

Réduction couple / famille ⁽⁴⁾ : %

Réduction commerciale : 0.00 %

Réduction spécifique : %

Droits associatifs : 1.50 €/mois ⁽⁵⁾

COTISATION TOTALE MENSUELLE TTC : 43.38 € ⁽⁶⁾

COTISATION TOTALE ANNUELLE TTC : 520.56 € ⁽⁶⁾

+ Droits d'entrée : 0 € (réglés avec la 1^{ère} cotisation)

MONTANT À RÉGLER À L'ADHÉSION :

Cotisation de 43.38 € ⁽⁶⁾ (correspondant à une cotisation fractionnée), à laquelle s'ajoutent 0 € de droits d'entrée.

Soit une première cotisation de : 43.38 €

(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.

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 ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (majoration de cotisation ou application de la règle proportionnelle de prime) 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** 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 valant Conditions Générales, 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 à PARIS-14E-ARRONDISSEMENT Le 08/04/2022....

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.

(Signature-1692511)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen. En signant ce mandat, vous autorisez :

- L'ASAF & AFPS/GIEPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASAF & AFPS/GIEPS :

Important : Merci de compléter, dater et signer ce mandat. N'oubliez pas d'y joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DESIGNATION DU CREANCIER

ASAF & AFPS / GIEPS

950 Route des Colles
Les Templiers - CS 50335
6906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX
France

Identifiant Créancier SEPA: FR73ZZZ133817

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

LAZRAK ALI
Adresse : 30 RUE DELAMBRE
Code postal : 75014 - Ville : PARIS-14E-ARRONDISSEMENT
Pays : FRANCE

N° Adhérent :

Compte bancaire à débiter

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

FR76 1027 8060 4500 0214 0570 186

Code international d'identification de votre banque (BIC) : CMCIFR2A

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (réservé aux services de l'ASAF & AFPS/GIEPS) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à : PARIS-14E-ARRONDISSEMENT. Le : 08/04/2022.

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de votre demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en adressant un courrier accompagné d'une copie d'une pièce d'identité à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 6906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX.