



DEMANDE D'ADHÉSION OU D'AVENANT EN COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET IJH CONFORT PLUS

(sous réserve d'acceptation par l'Association)

Cachet de votre Assureur Conseil



Association Santé et Action Familiale – Association Loi 1901 N° 3703 X 73 – J.O. du 05/01/74 – C.N.I.L. N° 80738
Action Familiale de Prévoyance Sociale – Association Loi 1901 N° 3212 X 70 – J.O. du 27/06/70 – C.N.I.L. N° 80738
20, chemin des Sables – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex

Contrats collectifs souscrits auprès d'AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle
Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le code des assurances – Sièges sociaux : 26, rue Drouot – 75009 PARIS
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) – 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09



RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR TRANSMISSION INFORMATIQUE DES DÉCOMPTES DE REMBOURSEMENT ET DU TIERS PAYANT SANTÉ.

1) Assuré(e)	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
2) Conjoint(e)	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
3) 1 ^{er} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
4) 2 ^{ème} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
5) 3 ^{ème} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>

Nom et prénom de l'assuré social à préciser si non inscrit au contrat. Joindre éventuellement la photocopie de l'attestation VITALE ou de la carte d'assuré social.

Je soussigné _____

- demande mon adhésion à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit auprès de "AXA France Vie" – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS [Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social: 26, rue DROUOT – 75 009 PARIS], ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au(x) dit(s) contrat(s).
- reconnais avoir reçu, pour chaque garantie souscrite, un exemplaire des conditions générales ou note d'information ainsi que les informations mentionnées à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances.
- déclare :
 - sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande,
 - avoir pris connaissance des mentions portées sur la feuille 4,
- avoir pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance et ai bien noté que conformément à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, un modèle de lettre de renonciation est inséré à la présente.
- affirme être à jour des cotisations au titre de mon régime légalement obligatoire d'assurance maladie.
- autorise l'ASAF-AFPS/GIEPS responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à :
 - collecter et traiter les informations contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de mon adhésion y compris les informations pouvant être qualifiées de données de santé,
 - communiquer mes réponses et leur mise à jour ultérieure à ses intermédiaires d'assurance, assureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants, y compris, pour cette dernière catégorie et en vertu d'une autorisation de la CNIL pour une filiale du Groupe AXA établie au Maroc, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du (des) contrat(s) faisant l' (les) objet(s) de la présente demande d'adhésion,
 - à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de l'ensemble des garanties dont je bénéficie du fait de l'adhésion au(x) présent(s) contrat(s),
 - à établir pour l'ensemble des personnes assurées, une liaison automatique entre lui (ou l'assureur) et mon régime obligatoire si un accord a été signé avec ma caisse et reconnais que l'image de mes décomptes sera alors transmise par ma caisse à l'Association.
- reconnais avoir été informé(e) :
 - conformément aux articles 32 et 39 de la Loi N° 78-17, modifiée par la Loi du 06/08/2004 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées.
 - que tout assuré bénéficie du droit de communication et de rectification des informations le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant à l'ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.
 - des tarifs et du montant des droits associatifs de l'année d'adhésion ainsi que des changements liés aux tranches d'âge,
 - qu'il sera décompté des droits associatifs à chaque fractionnement de cotisation,
 - des périodes d'attente obligatoires liées à la prise d'effet des garanties sauf dispositions contraires,
 - du fait que, sauf dérogation par l'Association, l'adhésion de tous les membres de la famille, parents et enfants, dans une même formule de garantie, est obligatoire,
 - que si la présente demande est établie à domicile, les dispositions en vigueur s'appliquent.

Délai de renonciation :

- En cas de vente à distance :** la renonciation à la présente demande peut-être expédiée au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat, voir modalités feuille 4.
- Dans tous les autres cas :** la renonciation à la présente peut-être expédiée dans les 14 jours à compter de la date de signature, voir modalités feuille 4.

Informatique et liberté : tout adhérent bénéficie du droit de communication et de rectification de toute information le concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de l'Association, de ses correspondants ou de l'assureur et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.

Fait à _____ le _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR (précédée de la mention lu et approuvé)



ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION

Sur la base de la présente demande d'adhésion et des renseignements fournis, l'Association 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. PARIS (Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social: 26, rue DROUOT – 75009 PARIS), ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au dit 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 et auquel est joint à nouveau le texte des conditions générales du contrat.

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

Toute demande d'augmentation de garanties ne peut prendre effet qu'aux conditions et dates précisées dans la note d'information ou Conditions Générales; il est nécessaire de remplir une nouvelle demande ainsi qu'un questionnaire de santé pour les seules garanties où il est demandé. Cette augmentation de garanties supporte les périodes d'attente éventuellement prévues. Toute demande de diminution de garanties ne peut prendre effet qu'aux conditions et dates précisées dans la note d'information ou Conditions Générales.

EXTRAITS DU CODE DES ASSURANCES

L 112-2-1 - III :

III. - En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat le souscripteur reçoit les informations suivantes :

- 1° La dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;
- 2° Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant au souscripteur de vérifier celle-ci ;
- 3° La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- 4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
- 5° L'existence ou l'absence d'un droit à rétractation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le souscripteur doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- 6° La loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord du souscripteur, pendant la durée du contrat ;
- 7° Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

L 112-2-1 - I - 3°

- 3° Pour l'application de l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, les conditions contractuelles doivent comprendre, outre les informations prévues selon les cas à l'article L. 112-2 ou à l'article L. 132-5-1, un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

EXEMPLAIRE ADHÉRENT
Feuille 4/4 OFF0047/20080116



Association Santé et Action Familiale – Association Loi 1901 N° 3703X73 – J.O. du 05/01/74 – C.N.I.L. N° 80738
Action Familiale de Prévoyance Sociale – Association Loi 1901 N° 3212X70 – J.O. du 27/06/70 – C.N.I.L. N° 80738
20, chemin des Sables – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex

Contrats collectifs souscrits auprès d'AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle
Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le code des assurances – Sièges sociaux : 26, rue Drouot – 75009 PARIS
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) – 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09



FORMULAIRES RELATIFS AU DÉLAI DE RENONCIATION

○ EN CAS DE CONTRAT VENDU À DISTANCE (Dans le cadre d'un système de commercialisation à distance [article L 112-2 du Code des Assurances]) :

Formulaire à renvoyer, au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat, par lettre recommandée avec avis de réception à l'ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS-CEDEX. Cette rétractation n'est valable que si elle est adressée avant l'expiration du délai de 14 jours prévu à l'article L341-16 du code monétaire et financier, lisiblement et parfaitement remplie.

« Je soussigné déclare renoncer à l'adhésion d'une complémentaire santé que j'avais conclue le auprès
« du cabinet..... (photocopie de la demande d'adhésion ci-jointe) ». Date Signature

○ DANS TOUS LES AUTRES CAS :

L'Adhérent peut renoncer à sa demande d'adhésion dans les 14 jours à compter de la signature de la présente demande, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS-CEDEX selon les termes suivants :

« Je soussigné adresse N° d'adhésion [si connu] demande à renoncer à ma demande d'adhésion formulée
le auprès du cabinet (photocopie de la demande d'adhésion ci-jointe) ». Date Signature

En cas d'exercice du droit de renonciation les sommes versées sont remboursées sous déduction des prestations éventuellement réglées au cours de la période.

Code et nom du producteur

NUMÉRO ADHÉRENT SANTÉ

 A.S.A.F. A.F.P.S.

À EFFET DU

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

 échéance principale : 1^{er} janvier
SI CONTRAT VENDU À DISTANCE

En cochant la case ci-contre, je demande expressément l'exécution immédiate du contrat, la garantie prenant effet à la date figurant ci-dessus, à la rubrique «A EFFET DU».

En cas de renonciation de ma part, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à ma demande, restera acquis à l'association. Le montant ainsi dû serait calculé selon la règle suivante : montant de la cotisation annuelle hors droits d'entrée / 365 x nombre de jours garantis. À défaut de demande d'exécution immédiate du contrat, je reconnais que les garanties ne pourront prendre effet au plus tôt, nonobstant la date d'effet mentionnée ci-dessus, qu'à l'issue d'un délai de 14 jours à compter de la réception des conditions contractuelles et des informations visées à l'Article L112-2-1 III du Code des Assurances.

En cochant la case ci-contre, je refuse expressément l'exécution immédiate du contrat.

NOM DE L'ADHÉRENT _____

PRÉNOMS _____

ADRESSE COMPLÈTE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

N° TÉL. DE L'ADHÉRENT _____

PROFESSION DE L'ADHÉRENT _____

FORMULE CHOISIE _____

CODE _____ GARANTIE SANTÉ RESPONSABLE OUI NON

RÉGIME OBLIGATOIRE :

 SS TNS EXP. AGRICOLE ALSACE MOSELLE RAM GAMEX AUTRE AUTREFRACTIONNEMENT DES COTISATIONS (échéance civile) : ANNUEL SEMESTRIEL TRIMESTRIEL MENSUEL prélèvement bancaire obligatoire

Précédente Complémentaire Santé (ou mutuelle) radiée le ____/____/____ auprès de _____

ADHÉSION À LA GARANTIE IJH CONFORT PLUS OUI NON OPTION 8 EUROS PAR JOUR OPTION 16 EUROS PAR JOUR

(autres montants possibles - demande d'adhésion séparée avec questionnaire de santé)

NUMÉRO ADHÉRENT IJH CONFORT PLUS

	1) ASSURÉ(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	2) CONJOINT(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	3) 1 ^{ER} ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	4) 2 ^{ÈME} ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	5) 3 ^{ÈME} ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>
Nom	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____
Prénom	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____
Né(e) le	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Loi MADELIN	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Cotisation mensuelle SANTÉ	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €
Cotisation mensuelle IJH	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €
COTISATION MENSUELLE TOTALE SANTÉ (DROITS ASSOCIATIFS INCLUS)	<input type="text"/> €	DROITS D'ENTRÉE	<input type="text"/> 15 €	MONTANT DE LA PREMIÈRE COTISATION	<input type="text"/> €
COTISATION MENSUELLE TOTALE IJH (DROITS ASSOCIATIFS INCLUS)	<input type="text"/> €	DROITS D'ENTRÉE	<input type="text"/> 0 €	MONTANT DE LA PREMIÈRE COTISATION	<input type="text"/> €
Soit, sur une période allant du 1 ^{er} janvier au 31 décembre de l'année en cours, un montant de _____ euros (droits associatifs inclus : se reporter aux appels de cotisation)					
OFFRES VALABLES JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE _____					

Fait à _____ le _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR (précédée de la mention lu et approuvé)

EXEMPLAIRE COURTIER
Feuille 2/4 OFF0047/20080116

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 N° 3703X73 - J.O. du 05/01/74 - C.N.I.L. N° 80738
Action Familiale de Prévoyance Sociale - Association Loi 1901 N° 3212X70 - J.O. du 27/06/70 - C.N.I.L. N° 80738
20, chemin des Sables - BP 102 - 06167 JUAN-LES-PINS Cedex



Contrats collectifs souscrits auprès d'AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. PARIS ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle
Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353457245 - Entreprises régies par le code des assurances - Sièges sociaux : 26, rue Drouot - 75009 PARIS
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR TRANSMISSION INFORMATIQUE DES DÉCOMPTES DE REMBOURSEMENT ET DU TIERS PAYANT SANTÉ.

1) Assuré(e)	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
2) Conjoint(e)	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
3) 1 ^{er} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
4) 2 ^{ème} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
5) 3 ^{ème} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>

Nom et prénom de l'assuré social à préciser si non inscrit au contrat. Joindre éventuellement la photocopie de l'attestation VITALE ou de la carte d'assuré social.

Je soussigné _____

- demande mon adhésion à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit auprès de "AXA France Vie" – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS [Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social: 26, rue DROUOT – 75 009 PARIS], ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au(x) dit(s) contrat(s).
- reconnais avoir reçu, pour chaque garantie souscrite, un exemplaire des conditions générales ou note d'information ainsi que les informations mentionnées à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances.
- déclare :
 - sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande,
 - avoir pris connaissance des mentions portées sur la feuille 4,
- avoir pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance et ai bien noté que conformément à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, un modèle de lettre de renonciation est inséré à la présente.
- affirme être à jour des cotisations au titre de mon régime légalement obligatoire d'assurance maladie.
- autorise l'ASAF-AFPS/GIEPS responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à :
 - collecter et traiter les informations contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de mon adhésion y compris les informations pouvant être qualifiées de données de santé,
 - communiquer mes réponses et leur mise à jour ultérieure à ses intermédiaires d'assurance, assureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants, y compris, pour cette dernière catégorie et en vertu d'une autorisation de la CNIL pour une filiale du Groupe AXA établie au Maroc, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du (des) contrat(s) faisant l' (les) objet(s) de la présente demande d'adhésion,
 - à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de l'ensemble des garanties dont je bénéficie du fait de l'adhésion au(x) présent(s) contrat(s),
 - à établir pour l'ensemble des personnes assurées, une liaison automatique entre lui (ou l'assureur) et mon régime obligatoire si un accord a été signé avec ma caisse et reconnais que l'image de mes décomptes sera alors transmise par ma caisse à l'Association.
- reconnais avoir été informé(e) :
 - conformément aux articles 32 et 39 de la Loi N° 78-17, modifiée par la Loi du 06/08/2004 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées.
 - que tout assuré bénéficie du droit de communication et de rectification des informations le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant à l'ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.
 - des tarifs et du montant des droits associatifs de l'année d'adhésion ainsi que des changements liés aux tranches d'âge,
 - qu'il sera décompté des droits associatifs à chaque fractionnement de cotisation,
 - des périodes d'attente obligatoires liées à la prise d'effet des garanties sauf dispositions contraires,
 - du fait que, sauf dérogation par l'Association, l'adhésion de tous les membres de la famille, parents et enfants, dans une même formule de garantie, est obligatoire,
 - que si la présente demande est établie à domicile, les dispositions en vigueur s'appliquent.

Délai de renonciation :

- En cas de vente à distance :** la renonciation à la présente demande peut-être expédiée au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat, voir modalités feuille 4.
- Dans tous les autres cas :** la renonciation à la présente peut-être expédiée dans les 14 jours à compter de la date de signature, voir modalités feuille 4.

Informatique et liberté : tout adhérent bénéficie du droit de communication et de rectification de toute information le concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de l'Association, de ses correspondants ou de l'assureur et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.

Fait à _____ le _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR (précédée de la mention lu et approuvé)



Code et nom du producteur

NUMÉRO ADHÉRENT SANTÉ

 A.S.A.F. A.F.P.S.

À EFFET DU

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

 échéance principale : 1^{er} janvier
SI CONTRAT VENDU À DISTANCE

En cochant la case ci-contre, je demande expressément l'exécution immédiate du contrat, la garantie prenant effet à la date figurant ci-dessus, à la rubrique «A EFFET DU».

En cas de renonciation de ma part, la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à ma demande, restera acquis à l'association. Le montant ainsi dû serait calculé selon la règle suivante : montant de la cotisation annuelle hors droits d'entrée / 365 x nombre de jours garantis. À défaut de demande d'exécution immédiate du contrat, je reconnais que les garanties ne pourront prendre effet au plus tôt, nonobstant la date d'effet mentionnée ci-dessus, qu'à l'issue d'un délai de 14 jours à compter de la réception des conditions contractuelles et des informations visées à l'Article L112-2-1 III du Code des Assurances.

En cochant la case ci-contre, je refuse expressément l'exécution immédiate du contrat.

NOM DE L'ADHÉRENT _____

PRÉNOMS _____

ADRESSE COMPLÈTE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

N° TÉL. DE L'ADHÉRENT _____

PROFESSION DE L'ADHÉRENT _____

FORMULE CHOISIE _____

CODE _____ GARANTIE SANTÉ RESPONSABLE OUI NONRÉGIME OBLIGATOIRE : SS TNS EXP. AGRICOLE ALSACE MOSELLE RAM GAMEX AUTRE AUTREFRACTIONNEMENT DES COTISATIONS (échéance civile) : ANNUEL SEMESTRIEL TRIMESTRIEL MENSUEL prélèvement bancaire obligatoire

Précédente Complémentaire Santé (ou mutuelle) radiée le ____/____/____ auprès de _____

ADHÉSION À LA GARANTIE IJH CONFORT PLUS OUI NON OPTION 8 EUROS PAR JOUR OPTION 16 EUROS PAR JOUR

(autres montants possibles - demande d'adhésion séparée avec questionnaire de santé)

NUMÉRO ADHÉRENT IJH CONFORT PLUS

	1) ASSURÉ(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	2) CONJOINT(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	3) 1 ^{ER} ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	4) 2 ^{ÈME} ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	5) 3 ^{ÈME} ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>
Nom	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____
Prénom	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____	▶ _____
Né(e) le	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Loi MADELIN	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Cotisation mensuelle SANTÉ	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €
Cotisation mensuelle IJH	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €	▶ _____ €
COTISATION MENSUELLE TOTALE SANTÉ (DROITS ASSOCIATIFS INCLUS)	<input type="text"/> €	DROITS D'ENTRÉE	<input type="text"/> 15 €	MONTANT DE LA PREMIÈRE COTISATION	<input type="text"/> €
COTISATION MENSUELLE TOTALE IJH (DROITS ASSOCIATIFS INCLUS)	<input type="text"/> €	DROITS D'ENTRÉE	<input type="text"/> 0 €	MONTANT DE LA PREMIÈRE COTISATION	<input type="text"/> €
Soit, sur une période allant du 1 ^{er} janvier au 31 décembre de l'année en cours, un montant de _____ euros (droits associatifs inclus : se reporter aux appels de cotisation)					
OFFRES VALABLES JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE _____					

Fait à _____ le _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR (précédée de la mention lu et approuvé)

EXEMPLAIRE SIÈGE SOCIAL
Feuille 2/4 OFF0047/20080116

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 N° 3703X73 - J.O. du 05/01/74 - C.N.I.L. N° 80738
Action Familiale de Prévoyance Sociale - Association Loi 1901 N° 3212X70 - J.O. du 27/06/70 - C.N.I.L. N° 80738
20, chemin des Sables - BP 102 - 06167 JUAN-LES-PINS Cedex



Contrats collectifs souscrits auprès d'AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. PARIS ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle
Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353457245 - Entreprises régies par le code des assurances - Sièges sociaux : 26, rue Drouot - 75009 PARIS
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR TRANSMISSION INFORMATIQUE DES DÉCOMPTES DE REMBOURSEMENT ET DU TIERS PAYANT SANTÉ.

1) Assuré(e)	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
2) Conjoint(e)	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
3) 1 ^{er} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
4) 2 ^{ème} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>
5) 3 ^{ème} Enfant	Organisme d'affiliation: <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale: <input type="text"/>

Nom et prénom de l'assuré social à préciser si non inscrit au contrat. Joindre éventuellement la photocopie de l'attestation VITALE ou de la carte d'assuré social.

Je soussigné _____

- 1) demande mon adhésion à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit auprès de "AXA France Vie" – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS (Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social: 26, rue DROUOT – 75 009 PARIS), ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au(x) dit(s) contrat(s).
- 2) reconnais avoir reçu, pour chaque garantie souscrite, un exemplaire des conditions générales ou note d'information ainsi que les informations mentionnées à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances.
- 3) déclare :
 - sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande,
 - avoir pris connaissance des mentions portées sur la feuille 4,
- 4) avoir pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance et ai bien noté que conformément à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, un modèle de lettre de renonciation est inséré à la présente.
- 5) affirme être à jour des cotisations au titre de mon régime légalement obligatoire d'assurance maladie.
- 6) autorise l'ASAF-AFPS/GIEPS responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à :
 - collecter et traiter les informations contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de mon adhésion y compris les informations pouvant être qualifiées de données de santé,
 - communiquer mes réponses et leur mise à jour ultérieure à ses intermédiaires d'assurance, assureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants, y compris, pour cette dernière catégorie et en vertu d'une autorisation de la CNIL pour une filiale du Groupe AXA établie au Maroc, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du (des) contrat(s) faisant l' (les) objet(s) de la présente demande d'adhésion,
 - à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de l'ensemble des garanties dont je bénéficie du fait de l'adhésion au(x) présent(s) contrat(s),
 - à établir pour l'ensemble des personnes assurées, une liaison automatique entre lui (ou l'assureur) et mon régime obligatoire si un accord a été signé avec ma caisse et reconnais que l'image de mes décomptes sera alors transmise par ma caisse à l'Association.
- 7) reconnais avoir été informé(e) :
 - conformément aux articles 32 et 39 de la Loi N° 78-17, modifiée par la Loi du 06/08/2004 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées.
 - que tout assuré bénéficie du droit de communication et de rectification des informations le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant à l'ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.
 - des tarifs et du montant des droits associatifs de l'année d'adhésion ainsi que des changements liés aux tranches d'âge,
 - qu'il sera décompté des droits associatifs à chaque fractionnement de cotisation,
 - des périodes d'attente obligatoires liées à la prise d'effet des garanties sauf dispositions contraires,
 - du fait que, sauf dérogation par l'Association, l'adhésion de tous les membres de la famille, parents et enfants, dans une même formule de garantie, est obligatoire,
 - que si la présente demande est établie à domicile, les dispositions en vigueur s'appliquent.

Délai de renonciation :

- **En cas de vente à distance :** la renonciation à la présente demande peut-être expédiée au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat, voir modalités feuille 4.
- **Dans tous les autres cas :** la renonciation à la présente peut-être expédiée dans les 14 jours à compter de la date de signature, voir modalités feuille 4.

Informatique et liberté : tout adhérent bénéficie du droit de communication et de rectification de toute information le concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de l'Association, de ses correspondants ou de l'assureur et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : ASAF-AFPS/GIEPS – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.

Fait à _____ le _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR (précédée de la mention lu et approuvé)

