



**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 <sup>er</sup> Enfant	Organisme d'affiliation : <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale : <input type="text"/>
4) 2 <sup>ème</sup> Enfant	Organisme d'affiliation : <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale : <input type="text"/>
5) 3 <sup>ème</sup> 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.

**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 sur la feuille 1, à la rubrique «À 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 sur la feuille 1, 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 L 112-2-1 III du Code des assurances.

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

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_

- 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 ou "AXA Assurances 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), 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 au Code des assurances à l'article L 112-2-1 III en cas de vente à distance et à l'article L 112-9. – I. en cas de démarchage à domicile.
- 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 3.
- avoir pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation mentionnées au Code des assurances à l'article L 112-2-1-III en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance et à l'article L 112-9. – I. en cas de démarchage à domicile. J'ai bien noté qu'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 et m'engage à le rester.
- 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 leurs mises à jour ultérieures à ses intermédiaires d'assurance, assureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants, y compris, pour toutes les catégories et en vertu de l'autorisation de la CNIL à une filiale ou une structure établie au Maroc ou en Tunisie, 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.

**Délai de renonciation :**

- En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile :** la renonciation à la présente demande peut-être expédiée au plus tard 14 jours, à compter de la conclusion du contrat, voir feuille 3.

**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)

Feuille 2 - Exemple Adhérent

**Association Santé et Action Familiale** – Association Loi 1901 N° 3703 X73 – J.O. du 05/01/74 – C.N.I.L. N° 80738  
**Action Familiale de Prévoyance Sociale** – Association Loi 1901 N° 3212 X70 – 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

## 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 – 75 009 PARIS), ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au(x) dit(s) contrat(s).

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.

## ENGAGEMENT DU CONTRACTANT

Le contractant s'engage à :

- déclarer toutes les autres assurances, couvrant le même risque, et souscrites par la suite, ainsi que tout changement de profession,
- à respecter les obligations prévues à l'article L.113-2 du Code des Assurances reproduit ci-dessous.

## 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 de 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.

### L 112-9. - I.

I. - Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

### L 113-2 (obligations de l'assuré)

L'assuré est obligé :

- 1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues;
- 2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge;
- 3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus;
- 4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur; ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité du bétail.

Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit de force majeure.

Les dispositions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

OFF0047/2008.12.15

Feuille 3 - Exemple Adhèrent

**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



## FORMULAIRES RELATIFS AU DÉLAI DE RENONCIATION

**EN CAS DE CONTRAT VENDU À DISTANCE** (Dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du Code des assurances) ou **EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE** (article L 112-9. - I. 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, en cas de contrat vendu à distance, avant l'expiration du délai de 14 jours, prévu à l'article L341-16 du code monétaire et financier et, en cas de démarchage à domicile, 14 jours calendaires révolus, conformément à l'article L 112-9. - I du Code des assurances, lisiblement et parfaitement remplie.

« Je soussigné(e) ..... déclare renoncer à l'adhésion que j'avais conclue le ..... auprès de « 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.

# DEMANDE D'ADHÉSION

## GARANTIES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET IJH CONFORT PLUS

Cachet de votre assureur conseil

Code et nom du producteur

A.S.A.F.     A.F.P.S.

À EFFET DU / / / / /   
 échéance principale: 1<sup>er</sup> janvier

DEMANDE D'ADHÉSION réalisée en  face à face     vente à distance

Nom et Prénom de l'adhérent :

Adresse complète : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

Profession : .....  
 N° tél. fixe :            
 N° tél. mobile :            
 N° tél. professionnel :            
 Email : .....

Régime obligatoire :  SS  
 TNS  RAM  
 Exp. Agricole  GAMEX  
 Alsace Moselle  
 Autre (à préciser) .....

Fractionnement des cotisations : (échéance civile)  
 Annuel  
 Semestriel  
 Trimestriel  
 Mensuel (prélèvement bancaire obligatoire)

ADHÉSION À LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  OUI  NON    N° SANTÉ

Formule choisie : .....

Garantie santé responsable :  oui     non    Code : .....

Précédente Complémentaire Santé (ou mutuelle) radiée le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Au près de : .....

ADHÉSION À LA GARANTIE IJH CONFORT PLUS  OUI  NON    N° IJH CONFORT PLUS

OPTION 8 EUROS PAR JOUR     OPTION 16 EUROS PAR JOUR (autres montants possibles - demande d'adhésion séparée avec questionnaire de santé)

DÉTAIL DES BÉNÉFICIAIRES ET DES COTISATIONS (DROITS ASSOCIATIFS INCLUS)					
	1) ASSURÉ(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	2) CONJOINT(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	3) 1 <sup>ER</sup> ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	4) 2 <sup>ME</sup> ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	5) 3 <sup>ME</sup> ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 Complémentaire Santé	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Cotisation mensuelle IJH Confort Plus	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
COTISATION MENSUELLE TOTALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	<input type="text"/> €	DROITS D'ENTRÉE <input type="text"/> 15 €		MONTANT 1ÈRE COTISATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ <input type="text"/> €	
COTISATION MENSUELLE TOTALE IJH CONFORT PLUS	<input type="text"/> €	DROITS D'ENTRÉE <input type="text"/> 0 €		MONTANT 1ÈRE COTISATION IJH CONFORT PLUS <input type="text"/> €	

Soit, sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de  € (droits associatifs inclus : se reporter aux appels de cotisation)

OFFRES TARIFAIRES VALABLES JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE

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

**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 <sup>er</sup> Enfant	Organisme d'affiliation : <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale : <input type="text"/>
4) 2 <sup>ème</sup> Enfant	Organisme d'affiliation : <input type="text"/>	N° Sécurité Sociale : <input type="text"/>
5) 3 <sup>ème</sup> 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.

**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 sur la feuille 1, à la rubrique «À 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 sur la feuille 1, 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 L 112-2-1 III du Code des assurances.

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

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_

- 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 ou "AXA Assurances 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), 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 au Code des assurances à l'article L 112-2-1 III en cas de vente à distance et à l'article L 112-9. - I. en cas de démarchage à domicile.
- 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 3.
- avoir pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation mentionnées au Code des assurances à l'article L 112-2-1-III en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance et à l'article L 112-9. - I. en cas de démarchage à domicile. J'ai bien noté qu'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 et m'engage à le rester.
- 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 leurs mises à jour ultérieures à ses intermédiaires d'assurance, assureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants, y compris, pour toutes les catégories et en vertu de l'autorisation de la CNIL à une filiale ou une structure établie au Maroc ou en Tunisie, 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.

**Délai de renonciation :**

- En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile :** la renonciation à la présente demande peut-être expédiée au plus tard 14 jours, à compter de la conclusion du contrat, voir feuille 3.

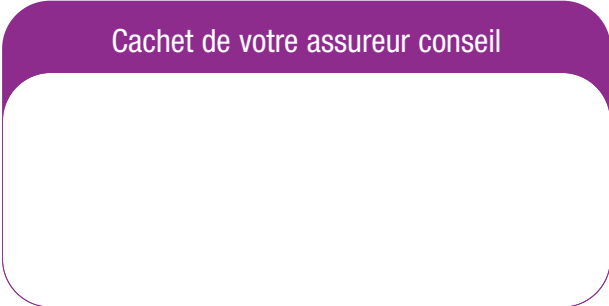
**Informatique et liberté :** tout adhérent bénéficie du droit de communication et de rectification de toute information le concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de l'Association, de ses correspondants ou de l'assureur et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification 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)

# DEMANDE D'ADHÉSION

## GARANTIES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET IJH CONFORT PLUS

Cachet de votre assureur conseil



Code et nom du producteur

A.S.A.F.     A.F.P.S.

À EFFET DU / / /   
 échéance principale: 1<sup>er</sup> janvier

DEMANDE D'ADHÉSION réalisée en  face à face     vente à distance

Nom et Prénom de l'adhérent :

Adresse complète : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

Profession : .....  
 N° tél. fixe :            
 N° tél. mobile :            
 N° tél. professionnel :            
 Email : .....

Régime obligatoire :  SS  
 TNS     RAM  
 Exp. Agricole     GAMEX  
 Alsace Moselle  
 Autre (à préciser) .....

Fractionnement des cotisations : (échéance civile)  
 Annuel  
 Semestriel  
 Trimestriel  
 Mensuel (prélèvement bancaire obligatoire)

ADHÉSION À LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ     OUI     NON    N° SANTÉ

Formule choisie : .....

Garantie santé responsable :  oui     non    Code : .....

Précédente Complémentaire Santé (ou mutuelle) radiée le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Après de : .....

ADHÉSION À LA GARANTIE IJH CONFORT PLUS     OUI     NON    N° IJH CONFORT PLUS

OPTION 8 EUROS PAR JOUR     OPTION 16 EUROS PAR JOUR (autres montants possibles - demande d'adhésion séparée avec questionnaire de santé)

DÉTAIL DES BÉNÉFICIAIRES ET DES COTISATIONS (DROITS ASSOCIATIFS INCLUS)					
	1) ASSURÉ(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	2) CONJOINT(E) SEXE : <input type="checkbox"/>	3) 1 <sup>ER</sup> ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	4) 2 <sup>ME</sup> ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>	5) 3 <sup>ME</sup> ENFANT SEXE : <input type="checkbox"/>
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>
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 Complémentaire Santé	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €
Cotisation mensuelle IJH Confort Plus	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €	<input type="text" value=""/> €
COTISATION MENSUELLE TOTALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	<input type="text" value=""/> €	DROITS D'ENTRÉE <input type="text" value=""/> 15 €		MONTANT 1ÈRE COTISATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ <input type="text" value=""/> €	
COTISATION MENSUELLE TOTALE IJH CONFORT PLUS	<input type="text" value=""/> €	DROITS D'ENTRÉE <input type="text" value=""/> 0 €		MONTANT 1ÈRE COTISATION IJH CONFORT PLUS <input type="text" value=""/> €	

Soit, sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant de  € (droits associatifs inclus : se reporter aux appels de cotisation)

**OFFRES TARIFAIRES VALABLES JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE**

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