



Bulletin d'Adhésion à l'Association AFPS
Proposition d'Assurance

Garantie complémentaire Santé

Garantie IJH Confort Plus

Protection Familiale Intégr@le

(Garantie des accidents de la vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet)

Garantie Obsèques SERENOVA

Garantie Prévoyance Jeune Entrepreneur

Garantie Dépendance Elliance

Cachet de votre assureur conseil

SAS COHEN CORPORATE ASSURANCES
7 RUE DU FAUBOURG MONTMARTRE

75009 PARIS

Tél. : 01 45 53 85 70 / Fax : 09 89 20 23 73

Numéro ORIAS : 09051435 - www.orias.fr

Code et nom du producteur

8S4

Monsieur Yves COHEN

Face à face Vente à distance

Civilité, nom et prénom de l'adhérent : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ N° tél. fixe: _____
 _____ N° tél. mobile : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ N° tél. professionnel: _____
 Situation de famille : _____ E-mail : _____
 _____ Profession: _____

• Je souscris:

Ala garantie Dépendance Elliance

• Je déclare avoir préalablement reçu et accepté, pour chaque garantie souscrite, les termes de la (des) notice(s) d'information valant conditions générales et/ou des conditions générales correspondantes.

• Je certifie l'exactitude et l'exactitude des renseignements portés sur le présent document.

Formalités relatives au délai de renonciation tous produits (sauf obsèques SERENOVA et Prévoyance Jeune Entrepreneur et Elliance)

L'adhérent peut renoncer à sa demande de souscription au plus 14 jours pour les garanties Complémentaire Santé, IJH Confort Plus et Protection Familiale Intégr@le - Garanties des Accidents de la Vie et Protection Juridique Internet à compter de la réception des conditions contractuelles, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à AFPS - 2791 chemin de St Bernard - porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex, selon le modèle ci-dessous.

Formalités relatives au délai de renonciation de la garantie obsèques SERENOVA et Prévoyance Jeune Entrepreneur et Elliance

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. L'adhérent est informé que l'adhésion est conclue à la date de réception du certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : AFPS/GIEPS - Service Prévoyance - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex, selon le modèle ci-dessous. L'intégralité des fonds reçus lui sera remboursés dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée. La réception de la lettre mettra fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.

Fait à : _____ Le : _____ Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

Ref adhesion : 5894483

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307513 25900035 - n° orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Action Familiale de Prévoyance Sociale - Association Loi 1901 J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n° orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS - AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - n° orias : 13 005 764 (www.orias.com) - AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et décapitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92272 NANTERRE Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances

Modèle de lettre de renonciation tous produits (sauf SERENOVA et Prévoyance Jeune Entrepreneur et Elliance)

« Je soussigné(e) _____ adresse _____ demande renoncer à ma (mes) demande(s) de souscription/adhésion (nom du (des) produit(s)) formulée(s) le JJ/MM/AAAA (date de la signature) auprès du cabinet SAS COHEN CORPORATE ASSURANCES (Copie de la demande ci-jointe).
 Fait à _____, le _____ Signature de l'adhérent ».
 En cas d'exercice du droit de renonciation, les sommes versées sont remboursées sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période.

Modèle de lettre de renonciation de la garantie obsèques SERENOVA et Prévoyance Jeune Entrepreneur et Elliance

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

GARANTIE DEPENDANCE ELLIANCE A effet du () : N° ELLIANCE:

Rente mensuelle Dépendance Totale : € Option Capital Premier Frais(3500 €) :
 Option remboursement des cotisations :
 Montant de la cotisation fractionnée : € Fractionnement : Mensuelle
 Date de prélèvement⁽²⁾ : le 5 Déductibilité Madelin⁽³⁾ : Non
 Droits d'entrée 15€ Numéro du 2^{ème} contrat: Assuré du 2ème contrat:
 Pièce d'identité : Numéro téléphone : Lieu de délivrance:
 Date de délivrance: Date d'expiration: Département de naissance :
 Commune de naissance : Pays de naissance : Résidence fiscale en FRANCE
 L'Assuré bénéficia-t-il du remboursement à 100% de ses dépenses de santé par la Sécurité sociale au titre d'une affection longue durée ou en a-t-il fait la demande ?⁽⁴⁾ : Oui Non

Bénéficiaire(s) En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires ci-après:
 Clause standard: Le conjoint de l'Assuré(e) non séparé de corps ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître de l'Assuré(e) par parts égales entre eux ou leurs descendants venant en lieu et place, à défaut les héritiers de l'Assuré(e) (héritiers légaux ou légataires universels) par parts égales entre eux. Si le(s) bénéficiaire(s) est (sont) nommément désigné(s), l'adhérent peut porter à l'adhésion au contrat les coordonnées de ce(s) derniers qui seront utilisées pour le(s) contacter en cas de décès de l'assuré.

Encas de dépendance totale, les garanties sont acquises après un délai d'attente d'un an pour une dépendance totale suite à une maladie. Ce délai est porté à 3 ans pour une dépendance totale suite à une maladie neurologique, neuro-dégénérative ou psychiatrique. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas de dépendance totale suite à un accident. Dès la reconnaissance de l'état de dépendance totale ouvrant droit à une prestation en rente, le versement de la rente intervient après un délai de franchise absolue de 3 mois.

- (1) L'adhésion est conclue à la date figurant sur le certificat d'adhésion, après acceptation du risque par l'Assureur, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation. Elle est conclue pour une durée viagère sauf pour la Garantie Décès Remboursement des Cotisations qui prend fin l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré est âgé de 85 ans.
- (2) Joindre RI Bet formulaire de prélèvement complété.
- (3) La garantie ouvrant droit à déductibilité dans le cadre de la loi Madelin est la Garantie Rente Dépendance Totale uniquement. Mon adhésion s'inscrit dans le cadre de la Loi n° 94-126 (loi Madelin). A ce titre, je soussigné, l'Adhérent, déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie. Je m'engage à ce qu'il en soit de même tout au long de mon adhésion.
- (4) En cas de réponse positive, l'Assuré devra remplir le Questionnaire de Santé et Mode de Vie- Elliance.

J'adhère à l'Association

Je demande mon adhésion à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance Elliance souscrit auprès des sociétés d'assurance AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle.

L'adhérent reconnaît

avoir préalablement reçu et acceptés les termes des documents suivants : un exemplaire de la présente "demande d'adhésion" ainsi que de la "notice d'information valant conditions générales Elliance".
 avoir reçu un exemplaire du Questionnaire de Santé et Mode de Vie- Elliance.

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

Si l'adhérent n'était pas en possession de son certificat d'adhésion dans un délai de 45 jours, il devrait en aviser l'AFPS - Service Prévoyance - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex.

L'adhérent déclare être pleinement informé qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (Articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en place un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

L'adhérent certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de cette adhésion ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

L'adhérent reconnaît avoir été informé:

Conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées dans le présent document.
 Qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de l'AFPS/GIEPS - Service Prévoyance - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS - 80243- 06227 VALLAURIS Cedex - pour toute information le concernant.
 Quel'Assureur a la possibilité de procéder par l'intermédiaire de son médecin conseil à tout contrôle médical et faire prendre par celui-ci auprès des médecins traitants, des centres hospitaliers et des Caisses Maladie, tous renseignements nécessaires sur la nature de l'affection mettant en jeu les garanties, toutes précautions étant prises pour que le secret médical soit respecté.
 Des délais d'attente obligatoires liés à la prise d'effet des garanties sauf dispositions contraires.

L'adhérent autorise l'AFPS, responsable du traitement dont la finalité est l'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à:

Communiquer ses réponses ainsi que les données concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de son adhésion, d'une part, en vertu d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, à ses collaborateurs exerçant tant en France qu'au Maroc, d'autre part, à ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, dont l'un est situé aux Etats-Unis, adhérent au SAFE HARBOR (accord qui régit le principe de protection des données personnelles).
 Utiliser ses données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

L'adhérent déclare avoir pris connaissance 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 (réduction des indemnités) du Code des assurances.