
Votre contact :
Assurances Collectives

Gestion Prévoyance – 2821

1 Place Victorien Sardou

78161 Marly le Roi Cedex

Tél : 01 73 600 623

Fax : 01 30 82 85 70

 Mail : service.coll2821prevoyance@axa.fr
SANTE & PREVOYANCE
Bulletin d'adhésion


Offres des Agents Généraux retraités

n° 2431318402014

 Nouvelle adhésion

 Mise(s) à jour d'adhésion

 Date d'effet souhaitée / /

 Date de départ à la retraite / /
L'adhérent

Civilité : Madame Monsieur
 Numéro de Sécurité Sociale

Nom (majuscules)
Nom d'usage

Prénom(s)

Date de naissance / /

Adresse

Code postal
Ville

Téléphone fixe :
Téléphone portable :

Situation de famille : Marié/e Célibataire, Veuf/ve, Divorcé/e, Séparé/e PACS ou concubinage

Email : @
Nombre d'enfant(s) à charge

Déclarations :

 J'exerce ou ai exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions publiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, consul, membre de direction d'une entreprise publique ...) : Oui Non

 Une personne de ma famille ou de mon entourage (membre direct de ma famille ou personne étroitement associée) exerce ou a exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives. : Oui Non
Les garanties Santé

 Niveau de garantie Option 2 – 300% ou Option 3 – 150%

MEMBRES DE LA FAMILLE BENEFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale utilisé pour les remboursements
Le conjoint, concubin(e) ou Partenaire lié par PACS			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Les enfants à charge			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>



Les garanties Prévoyance

Niveau de garantie

- demande la poursuite* de la **garantie familiale immédiate** (GFI). A effet du / /
- demande la souscription de la **garantie décès minimum**. A effet du / /
- demande la poursuite ou la souscription* de la garantie décès exprimée en capital du niveau de l'**option 1** du contrat prévoyance complémentaire facultative AXA N° 2431318200010. . A effet du / /
- demande la poursuite ou la souscription* de la garantie décès exprimée en capital du niveau de l'**option 2** du contrat prévoyance complémentaire facultative AXA N° 2431318200010. . A effet du / /

* maintien ou souscription des garanties, ci-dessus, prévus selon les dispositions contractuelles

Désignation de bénéficiaires

J'opte pour la désignation qui stipule que le capital décès revient :

Au conjoint de l'adhérent non séparé judiciairement, à défaut ; à son partenaire avec lequel il était lié par un P.A.C.S ou à son concubin, à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentants et à ceux de son conjoint si l'adhérent en avait la charge, à défaut, par parts égales, à son père et sa mère ou au survivant d'entre eux, à défaut à ses héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne droit à une majoration du capital, celle-ci est versée :

- Au conjoint, au partenaire liée par un P.A.C.S ou au concubin, père ou mère de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a fiscalement la charge ;
- Au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou la partenaire lié par un P.A.C.S, père ou mère de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- A chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

Je ne retiens pas la désignation ci-dessus et désigne comme bénéficiaire :

(Préciser : Noms, Prénoms, date de naissance et le lien de parenté le cas échéant)

Informations relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par AXA France Vie

Ces informations sont communiquées en application de l'article 5 de la Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019.

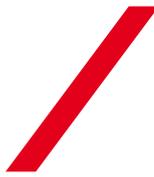
Ratio prestations sur cotisations HT : 78,28%

Ratio frais de gestion sur cotisation HT : 19,80%

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.

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.



Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. 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 du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.**

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Je suis informé(e) qu'Axa France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre

L'adhérent déclare :

- être membre de l'Association UGIPS, avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'UGIPS, et accepter le paiement du droit d'adhésion à l'Association UGIPS.
- avoir pris connaissance de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales du contrat d'assurance groupe n°2431318402014 souscrit par UGIPS.

Fait à

Le

Important : Tout imprimé chargé, raturé, faisant apparaître plusieurs écritures ou l'utilisation de stylos différents sera systématiquement retourné à l'adhérent.

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »



Mandat de Prélèvement SEPA Assurances Collectives

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA

Important : Merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

Désignation du créancier

Axa Assurances Collectives
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex – France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

Informations du payeur

Identité

Nom, Prénom / Raison Sociale

Adresse

Code Postal Ville

Pays

Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN)

Code international d'identification de votre banque (BIC)

Identification du Mandat

Référence Unique du Mandat

Type de contrat Numéro de contrat

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 passé 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.

Vous droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur www.axa.fr.

Fait à

Signature

Le / /

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'AXA – Service Information Clients – 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex – pour toute information me concernant.