

Prévoyance

# Recueil d'informations

## Avizen PRO







N° d'adhésion

Code portefeuille

Nom de l'agence



- Je demande mon adhésion
- Je suis déjà adhérent sous le numéro

à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite), et demande mon adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative AVIZEN PRO souscrit par ANPERE. La société d'assurance est  AXA France Vie ou  AXA Assurances Vie Mutuelle.

### ADHÉRENT

M.  Mme  Mlle N° de client  Clé  Date de naissance\*    jour mois année

Nom et prénom de l'adhérent\*

Nom de jeune fille

Adresse\* : n° de rue, lieu-dit

Code postal\*      Commune\*

CSP  Profession\*

Nationalité  Situation de famille

Pièce d'identité de l'adhérent\* :  Carte Nationale d'identité  Passeport  Carte de séjour  Carte de résident  Permis de conduire

Numéro\*

Date et lieu de délivrance\*  Date d'expiration\*

Département de naissance\*  Commune de naissance\*  Pays de naissance\*

Vous êtes résident(e) fiscal(e) en France :  oui  non

### PERSONNE À ASSURER

M.  Mme  Mlle N° de client  Clé  Date de naissance\*    jour mois année

Nom et prénom de l'assuré\*

Nom de jeune fille

Adresse\* : n° de rue, lieu-dit

Code postal\*      Commune\*

CSP  Profession\*

Fumeur  Non Fumeur Par Non Fumeur on entend toute personne n'ayant pas fumé du tout au cours des 24 mois précédant l'adhésion.

Groupe tarifaire\* :  Groupe I  Groupe II  Groupe III  Groupe IV

### CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION

Date d'effet souhaitée    jour mois année

L'adhésion est conclue à la date figurant sur le certificat d'adhésion, après acceptation du risque par AXA, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation.

Option Indexation :  oui  non

Réduction Première Installation

Fiscalité MADELIN<sup>(1)</sup> : mon adhésion s'inscrit dans le cadre de la loi n° 94-126 (loi Madelin). À 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.

### Votre solution

	<input type="checkbox"/> ACCESS			<input type="checkbox"/> MEDIUM			<input type="checkbox"/> PREMIUM		
Garantie(s) en cas de Décès/ Invalidité Permanente Totale et Services d'assistance	Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale toutes causes <sup>(2)</sup>	<input type="text"/> €			<input type="text"/> €			<input type="text"/> €		
• Rente Éducation Décès/Invalidité Permanente Totale				<input type="text"/> €			<input type="text"/> €		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale accident <sup>(2)</sup>							<input type="text"/> €		
• Services d'Assistance <sup>(2)</sup>									
Garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale	Montants <sup>(3)</sup>	Franchise <sup>(4)</sup> (accident)	Durée d'indemnisation	Montants <sup>(3)</sup>	Franchise <sup>(4)</sup> (hospi/accident/ maladie)	Durée d'indemnisation	Montants <sup>(3)</sup>	Franchise <sup>(4)</sup> (hospi/accident/ maladie)	Durée d'indemnisation
• Indemnités Journalières toutes causes				<input type="text"/> €		1 095 jours	<input type="text"/> €		1 095 jours
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 90 jours				<input type="text"/> €		90 jours	<input type="text"/> €		90 jours
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 365 jours				<input type="text"/> €		365 jours	<input type="text"/> €		365 jours
• Indemnités Remboursement des frais professionnels							<input type="text"/> €	30/30/30	365 jours
• Indemnités Journalières en cas d'accident <sup>(2)</sup>	<input type="text"/> €	3 jours	1 095 jours						
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'incapacité									
Garanties en cas d'Invalidité	Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>		
• Rente Invalidité Permanente Partielle ou Totale				<input type="text"/> €			<input type="text"/> €		
• Rente Invalidité Permanente en cas d'accident <sup>(2)</sup>	<input type="text"/> €								
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'invalidité									

\* Zone de saisie obligatoire



## REÇU

L'adhérent reconnaît avoir reçu et pris connaissance des documents suivants : un exemplaire du présent « Recueil d'informations » ainsi que de la « Notice d'information » (réf. 964714).

L'adhérent reconnaît également avoir reçu un exemplaire des documents suivants (cocher la case appropriée)

- Questionnaire simplifié       Questionnaire de santé et mode de vie       Rapport médical       Questionnaire sportif  
 Questionnaire professionnel       Questionnaire résidences et voyages       Questionnaire financier confidentiel

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

Si l'adhérent n'était pas en possession de son adhésion dans un délai de 45 jours, il devrait en aviser les services d'AXA – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.

L'adhérent certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de l'adhésion ne constituent pas le produit direct ou indirect de crimes ou de délits au sens des articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes, textes relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes.

L'adhérent déclare être pleinement informé qu'AXA est soumise, en sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes et notamment à une déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (articles L. 561-1 et suivants, et R. 561-1 et suivants du code monétaire et financier).

## MODALITÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion est conclue. L'adhérent est informé que l'adhésion est conclue à la date de signature du certificat d'adhésion.

Il doit adresser sa demande au Centre de Prévoyance AXA – AXA Prévoyance Individuelle Réseaux Agents Généraux TSA 40035 – 69836 Saint Priest Cedex 9, par lettre recommandée avec accusé de réception. AXA remboursera l'intégralité des fonds reçus dans les 30 jours à compter de la réception de ladite lettre recommandée. La réception de la lettre mettra fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous :

### Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion (nom du produit) n° \_\_\_\_\_ pour laquelle j'ai versé \_\_\_\_\_€ en date du \_\_\_\_\_. 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

Les dispositions informatiques et libertés sont communiquées au dos de ce document.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_ le    20

Éventuellement : Signature de la personne autorisant :  
(indiquer s'il s'agit du représentant légal, père, mère, tuteur, cotuteur)

Signature précédée de la mention  
« Bon pour autorisation »

Signature de l'adhérent (s'il est différent de la  
personne assurée)

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

Signature de l'assuré <sup>(1)</sup> ;

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

--	--	--

<sup>(1)</sup> Lorsque l'adhérent est une personne différente de l'assuré et qu'une garantie décès a été souscrite, la signature de l'assuré doit être précédée de la mention « Bon pour consentement à une assurance de ... € sur ma tête ».

## VOTRE AGENT GÉNÉRAL AXA

Nom/Prénom \_\_\_\_\_  
Code portefeuille \_\_\_\_\_  
Numéro ORIAS \_\_\_\_\_  
Site ORIAS [www.oriass.fr](http://www.oriass.fr)

Signature de l'Agent Général

--

N° d'adhésion   
Code portefeuille   
Nom de l'agence



- Je demande mon adhésion  
 Je suis déjà adhérent sous le numéro

à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite), et demande mon adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative AVIZEN PRO souscrit par ANPERE. La société d'assurance est  AXA France Vie ou  AXA Assurances Vie Mutuelle.

**ADHÉRENT**

M.  Mme  Mlle N° de client  Clé  Date de naissance\*    jour mois année  
Nom et prénom de l'adhérent\*   
Nom de jeune fille   
Adresse\* : n° de rue, lieu-dit   
Code postal\*  Commune\*   
CSP  Profession\*   
Nationalité  Situation de famille   
Pièce d'identité de l'adhérent\* :  Carte Nationale d'identité  Passeport  Carte de séjour  Carte de résident  Permis de conduire  
Numéro\*   
Date et lieu de délivrance\*  Date d'expiration\*   
Département de naissance\*  Commune de naissance\*  Pays de naissance\*   
Vous êtes résident(e) fiscal(e) en France :  oui  non

**PERSONNE À ASSURER**

M.  Mme  Mlle N° de client  Clé  Date de naissance\*    jour mois année  
Nom et prénom de l'assuré\*  Date de naissance\*    jour mois année  
Nom de jeune fille   
Adresse\* : n° de rue, lieu-dit   
Code postal\*  Commune\*   
CSP  Profession\*   
 Fumeur  Non Fumeur Par Non Fumeur on entend toute personne n'ayant pas fumé du tout au cours des 24 mois précédant l'adhésion.  
Groupe tarifaire\* :  Groupe I  Groupe II  Groupe III  Groupe IV

**CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION**

Date d'effet souhaitée    jour mois année  
L'adhésion est conclue à la date figurant sur le certificat d'adhésion, après acceptation du risque par AXA, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation.  
Option Indexation :  oui  non  
 Réduction Première Installation  
 Fiscalité MADELIN<sup>(1)</sup> : mon adhésion s'inscrit dans le cadre de la loi n° 94-126 (loi Madelin). À 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.

**Votre solution**

	<input type="checkbox"/> ACCESS			<input type="checkbox"/> MEDIUM			<input type="checkbox"/> PREMIUM		
Garantie(s) en cas de Décès/ Invalidité Permanente Totale et Services d'assistance	Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale toutes causes <sup>(2)</sup>	<input type="text"/> €			<input type="text"/> €			<input type="text"/> €		
• Rente Éducation Décès/Invalidité Permanente Totale				<input type="text"/> €			<input type="text"/> €		
• Capital Décès/Invalidité Permanente Totale accident <sup>(2)</sup>							<input type="text"/> €		
• Services d'Assistance <sup>(2)</sup>									
Garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale	Montants <sup>(3)</sup>	Franchise <sup>(4)</sup> (accident)	Durée d'indemnisation	Montants <sup>(3)</sup>	Franchise <sup>(4)</sup> (hospi/accident/ maladie)	Durée d'indemnisation	Montants <sup>(3)</sup>	Franchise <sup>(4)</sup> (hospi/accident/ maladie)	Durée d'indemnisation
• Indemnités Journalières toutes causes				<input type="text"/> €		1 095 jours	<input type="text"/> €		1 095 jours
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 90 jours				<input type="text"/> €		90 jours	<input type="text"/> €		90 jours
• Indemnités Journalières complémentaires au R.O. 365 jours				<input type="text"/> €		365 jours	<input type="text"/> €		365 jours
• Indemnités Remboursement des frais professionnels							<input type="text"/> €	30/30/30	365 jours
• Indemnités Journalières en cas d'accident <sup>(2)</sup>	<input type="text"/> €	3 jours	1 095 jours						
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'incapacité									
Garanties en cas d'Invalidité	Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>			Montants <sup>(3)</sup>		
• Rente Invalidité Permanente Partielle ou Totale				<input type="text"/> €			<input type="text"/> €		
• Rente Invalidité Permanente en cas d'accident <sup>(2)</sup>	<input type="text"/> €								
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'invalidité									

\* Zone de saisie obligatoire





## REÇU

L'adhérent reconnaît avoir reçu et pris connaissance des documents suivants : un exemplaire du présent « Recueil d'informations » ainsi que de la « Notice d'information » (réf. 964714).

L'adhérent reconnaît également avoir reçu un exemplaire des documents suivants (cocher la case appropriée)

- Questionnaire simplifié       Questionnaire de santé et mode de vie       Rapport médical       Questionnaire sportif  
 Questionnaire professionnel       Questionnaire résidences et voyages       Questionnaire financier confidentiel

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

Si l'adhérent n'était pas en possession de son adhésion dans un délai de 45 jours, il devrait en aviser les services d'AXA – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.

L'adhérent certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de l'adhésion ne constituent pas le produit direct ou indirect de crimes ou de délits au sens des articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes, textes relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes.

L'adhérent déclare être pleinement informé qu'AXA est soumise, en sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes et notamment à une déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (articles L. 561-1 et suivants, et R. 561-1 et suivants du code monétaire et financier).

## MODALITÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion est conclue. L'adhérent est informé que l'adhésion est conclue à la date de signature du certificat d'adhésion.

Il doit adresser sa demande au Centre de Prévoyance AXA – AXA Prévoyance Individuelle Réseaux Agents Généraux TSA 40035 – 69836 Saint Priest Cedex 9, par lettre recommandée avec accusé de réception. AXA remboursera l'intégralité des fonds reçus dans les 30 jours à compter de la réception de ladite lettre recommandée. La réception de la lettre mettra fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous :

### Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion (nom du produit) n° \_\_\_\_\_ pour laquelle j'ai versé \_\_\_\_\_€ en date du \_\_\_\_\_. 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

Les dispositions informatiques et libertés sont communiquées au dos de ce document.

Fait en deux exemplaires à \_\_\_\_\_ le    20

Éventuellement : Signature de la personne autorisant :  
(indiquer s'il s'agit du représentant légal, père, mère, tuteur, cotuteur)

Signature précédée de la mention  
« Bon pour autorisation »

Signature de l'adhérent (s'il est différent de la  
personne assurée)

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

Signature de l'assuré <sup>(1)</sup> ;

Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

<sup>(1)</sup> Lorsque l'adhérent est une personne différente de l'assuré et qu'une garantie décès a été souscrite, la signature de l'assuré doit être précédée de la mention « Bon pour consentement à une assurance de ... € sur ma tête ».

## VOTRE AGENT GÉNÉRAL AXA

Nom/Prénom \_\_\_\_\_  
Code portefeuille \_\_\_\_\_  
Numéro ORIAS \_\_\_\_\_  
Site ORIAS [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Signature de l'Agent Général





## Informatique et libertés

Vous reconnaissez avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, ainsi qu'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.

Vous autorisez l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est l'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer vos réponses ainsi que les données vous concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de votre 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 situé aux États-Unis, adhère au SAFE HARBOR (accord qui régit le principe de protection des données personnelles.)

Vous êtes informé que ces données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex - pour toute information vous concernant.

Vous êtes informé que les données recueillies par l'assureur lors de l'adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisés par le Groupe AXA aux fins de prospection commerciale auxquelles vous pouvez vous opposer en cochant la case ci-contre .

Si vous souhaitez recevoir par courrier électronique les offres de produits et services du groupe AXA, veuillez cocher la case ci-contre .

### VOTRE ASSOCIATION ANPERE

En optant pour ce contrat vous adhérez à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite), une des principales associations d'assurés en France. Souscriptrice du contrat, elle vous fait bénéficier d'une représentation collective auprès d'AXA, d'une information régulière et de services pratiques pour faciliter votre vie quotidienne.

[www.anpere.fr](http://www.anpere.fr)

