

Prévoyance

Recueil d'informations

Avizen



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 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

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

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

Garanties souscrites

Garanties principales - Garanties en cas de Décès/Invalidité Permanente Totale ⁽¹⁾ et Services d'assistance	Montants ⁽²⁾		
Capital Décès/Invalidité Permanente Totale toutes causes	<input type="text"/> €		
Capital Décès double garantie	<input type="text"/> €		
Rente Décès/Invalidité Permanente Totale	<input type="text"/> €		
Rente Éducation Décès/Invalidité Permanente Totale	<input type="text"/> €		
Capital Décès/Invalidité Permanente Totale accident	<input type="text"/> €		
Services d'Assistance	<input type="text"/> €		
Garanties optionnelles - Garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale	Montants ⁽²⁾	Franchise ⁽³⁾ (hospi/accident/maladie)	Durée d'indemnisation ⁽⁴⁾
Indemnités Journalières toutes causes	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnités Journalières en cas d'accident	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	1 095 jours
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'incapacité			
Garanties optionnelles - Garanties en cas d'Invalidité	Montants ⁽²⁾		
Rente Invalidité Fonctionnelle toutes causes	<input type="text"/> €		
Capital Invalidité Fonctionnelle toutes causes	<input type="text"/> €		
Rente Invalidité Permanente en cas d'accident	<input type="text"/> €		
Capital Invalidité Permanente en cas d'accident	<input type="text"/> €		
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'invalidité			

(1) Au moins l'une des garanties en cas de décès/IPT doit être souscrite.

(2) Le montant des garanties en rente est un montant mensuel. Le montant des garanties Indemnités Journalières est un montant journalier.

(3) Principales franchises au choix :

Garanties Toutes causes : 15/15/15 - 30/30/30 - 90/90/90 - 365/365/365.

Garantie Accident : 3 j - 15 j - 30 j.

(4) Durée d'indemnisation au choix : 365 jours ou 1 095 jours.

BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL VERSÉ EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

- En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après : le conjoint de l'assuré 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.
- En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après :

Dans ce cas, l'adhérent peut porter à l'adhésion au contrat les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le(s) contacter en cas de décès de l'assuré.

BÉNÉFICIAIRE DE LA RENTE VERSÉE EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

Titre, nom et prénom du bénéficiaire* _____ Date de naissance* _____ jour _____ mois _____ année _____

BÉNÉFICIAIRE(S) DE(S) RENTE(S) ÉDUCATION VERSÉE(S) EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

Titre, nom et prénom du bénéficiaire* _____ Date de naissance* _____ jour _____ mois _____ année _____

OBSERVATIONS

COTISATIONS

Les cotisations sont réglées selon la périodicité : Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle, par

Prélèvement automatique (obligatoire en cas de périodicité mensuelle ou trimestrielle), sur le compte RIB :

Code Banque _____ Code Guichet _____ Numéro de Compte _____ Clé RIB _____, le 5 du mois
(joindre RIB et Formulaire de prélèvement complété)

Chèque

Montant de la cotisation fractionnée _____ €

À l'adhésion : cotisation de _____ € (correspondant à 2 cotisations fractionnées en cas de périodicité mensuelle et à 1 cotisation fractionnée dans les autres cas) à laquelle s'ajoutent _____ € de droits d'adhésion

Soit une cotisation initiale totale de _____ €

En cas de fractionnement annuel, semestriel ou trimestriel, la cotisation fractionnée tient compte d'une réduction respective de 5 %, 3 % et 2 %.

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. 964715).

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

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion est conclue. Vous êtes informé que l'adhésion est conclue à réception du certificat d'adhésion. Vous pouvez adresser votre demande à l'adresse suivante : AXA Prévoyance Individuelle - Réseau Epargne & Protection 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.

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 _____

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⁽¹⁾ ;

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

⁽¹⁾ 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

Signature de l'Agent Général

* Zone de saisie obligatoire

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 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

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

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

Garanties souscrites

Garanties principales - Garanties en cas de Décès/Invalidité Permanente Totale ⁽¹⁾ et Services d'assistance	Montants ⁽²⁾		
Capital Décès/Invalidité Permanente Totale toutes causes	<input type="text"/> €		
Capital Décès double garantie	<input type="text"/> €		
Rente Décès/Invalidité Permanente Totale	<input type="text"/> €		
Rente Éducation Décès/Invalidité Permanente Totale	<input type="text"/> €		
Capital Décès/Invalidité Permanente Totale accident	<input type="text"/> €		
Services d'Assistance	<input type="text"/> €		
Garanties optionnelles - Garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale	Montants ⁽²⁾	Franchise ⁽³⁾ (hospi/accident/maladie)	Durée d'indemnisation ⁽⁴⁾
Indemnités Journalières toutes causes	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnités Journalières en cas d'accident	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	1 095 jours
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'incapacité			
Garanties optionnelles - Garanties en cas d'Invalidité	Montants ⁽²⁾		
Rente Invalidité Fonctionnelle toutes causes	<input type="text"/> €		
Capital Invalidité Fonctionnelle toutes causes	<input type="text"/> €		
Rente Invalidité Permanente en cas d'accident	<input type="text"/> €		
Capital Invalidité Permanente en cas d'accident	<input type="text"/> €		
<input type="checkbox"/> Exonération des cotisations en cas d'invalidité			

(1) Au moins l'une des garanties en cas de décès/IPT doit être souscrite.
 (2) Le montant des garanties en rente est un montant mensuel. Le montant des garanties Indemnités Journalières est un montant journalier.
 (3) Principales franchises au choix :
 Garanties Toutes causes : 15/15/15 - 30/30/30 - 90/90/90 - 365/365/365.
 Garantie Accident : 3 j - 15 j - 30 j.
 (4) Durée d'indemnisation au choix : 365 jours ou 1 095 jours.

* Zone de saisie obligatoire

BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL VERSÉ EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

- En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après : le conjoint de l'assuré 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.
- En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après :

Dans ce cas, l'adhérent peut porter à l'adhésion au contrat les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le(s) contacter en cas de décès de l'assuré.

BÉNÉFICIAIRE DE LA RENTE VERSÉE EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

Titre, nom et prénom du bénéficiaire* _____ Date de naissance* _____ jour _____ mois _____ année _____

BÉNÉFICIAIRE(S) DE(S) RENTE(S) ÉDUCATION VERSÉE(S) EN CAS DE DÉCÈS AVANT LE TERME DE L'ADHÉSION

Titre, nom et prénom du bénéficiaire* _____ Date de naissance* _____ jour _____ mois _____ année _____

OBSERVATIONS

COTISATIONS

Les cotisations sont réglées selon la périodicité : Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle, par

Prélèvement automatique (obligatoire en cas de périodicité mensuelle ou trimestrielle), sur le compte RIB :

Code Banque _____ Code Guichet _____ Numéro de Compte _____ Clé RIB _____, le 5 du mois
(joindre RIB et Formulaire de prélèvement complété)

Chèque

Montant de la cotisation fractionnée _____ €

À l'adhésion : cotisation de _____ € (correspondant à 2 cotisations fractionnées en cas de périodicité mensuelle et à 1 cotisation fractionnée dans les autres cas) à laquelle s'ajoutent _____ € de droits d'adhésion

Soit une cotisation initiale totale de _____ €

En cas de fractionnement annuel, semestriel ou trimestriel, la cotisation fractionnée tient compte d'une réduction respective de 5 %, 3 % et 2 %.

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. 964715).

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

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion est conclue. Vous êtes informé que l'adhésion est conclue à réception du certificat d'adhésion. Vous pouvez adresser votre demande à l'adresse suivante : AXA Prévoyance Individuelle - Réseau Epargne & Protection 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.

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 _____

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⁽¹⁾ ;

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

⁽¹⁾ 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

Signature de l'Agent Général

* Zone de saisie obligatoire

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 Etats-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 et 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

