

Vous adhérez au contrat Agipi Santé issu de la Convention d'Assurance et de Prévoyance souscrite par AGIPI auprès des sociétés françaises d'assurance du Groupe AXA.

Adhérent-Assuré*

M Mme

Nom _____
(Veuillez écrire en lettres majuscules d'imprimerie)

Nom de jeune fille _____
(Veuillez écrire en lettres majuscules d'imprimerie)

Prénom _____

Né(e) le ____ A _____ Dpt et pays de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

E-mail** _____ Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____

Joindre obligatoirement la copie d'une pièce d'identité en cours de validité, datée et signée par le titulaire (carte nationale d'identité, passeport).

* Dans le cadre de l'article 10 de la loi 2013-1279 du 29 décembre 2013, ces informations sont obligatoires.

** A renseigner pour optimiser la gestion de votre adhésion et de vos prestations et faciliter les conditions d'inscription à Betterise.

Informations assuré (à compléter systématiquement)

Je suis résident fiscal français.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pays de résidence fiscale si non résident français.....	_____
J'exerce ou j'ai exercé pour le compte d'un autre Etat ou pour le compte de l'Etat français des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, consul, membre de direction d'une entreprise publique...)? ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'un de mes proches (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce ou a exercé pour le compte d'un autre Etat ou pour le compte de l'Etat français des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ? ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) Liste non limitative, information nécessaire selon l'article L 561-10 du Code monétaire et financier

Situation professionnelle

Profession exacte _____

Travailleur non salarié Les cotisations sont déductibles du revenu professionnel dans le cadre de l'article 154 Bis du Code général des impôts.

Salarié

Garanties souscrites

Je souhaite souscrire la formule TM+ Confort Privilège

Je souhaite adapter la formule souscrite ci-dessus par l'option suivante :

Formules spécifiques

<input type="checkbox"/> Médecins généralistes et spécialistes	<input type="checkbox"/> Pharmaciens
<input type="checkbox"/> Chirurgiens-dentistes, orthodontistes et stomatologistes	<input type="checkbox"/> Opticiens et ophtalmologistes

Ou

Pack(s)

<input type="checkbox"/> 1 "garanties allégées hors optique – dentaire"	<input type="checkbox"/> 2 "couverture optique – dentaire allégée" <input type="checkbox"/> 1 et 2
---	--

Assuré (désigné ci-dessus)

N° Sécurité Sociale _____

Organisme d'affiliation _____

Régime local Alsace Moselle (salariés) _____ €

Conjoint

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Rattaché à l'assuré

N° Sécurité Sociale _____

Organisme d'affiliation _____

Régime local Alsace Moselle (salariés) _____ €

Date d'effet des garanties

Sous réserve d'acceptation de ce dossier par ADIS, je souhaite que les garanties prennent effet :

24 heures franches après réception du dossier complet par ADIS Autre _____

Cotisations

Cotisations des garanties _____ €

Fractionnement **Réduction selon fractionnement choisi** mensuel trimestriel -2% semestriel -3% annuel -5%

Total des cotisations annuelles _____ €

Frais de dossier _____ €

Cotisation annuelle à l'AGIPI _____ €

Je souhaite effectuer le paiement de mes cotisations par prélèvement *
 par chèque (uniquement en annuel et semestriel)

* Compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après et joindre un RIB.

Remboursement des frais de santé

Je souhaite que les remboursements des frais de santé soient versés :

par virement sur mon compte bancaire mentionné dans le mandat de prélèvement SEPA

sur le compte bancaire ci-après :

Nom et prénom du titulaire du compte _____

Etablissement bancaire _____

Numéro international d'identification du compte bancaire
(IBAN) _____

Dans ce cas, joindre obligatoirement un RIB.

par chèque

Observations

Réf. _____

Instance _____

Signature de l'adhérent-assuré

Modèle de lettre de renonciation

Lettre recommandée à :

ADIS
12, avenue Pierre Mendès France - CS 10144
67312 SCHILTIGHEIM Cedex

Je soussigné

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

déclare renoncer à mon adhésion Agipi Santé n° _____

La renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de cette lettre recommandée.

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

Fait à _____, le _____

Signature

Récapitulatif des pièces à fournir

Etat civil

Joindre une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, datée et signée par le titulaire (carte nationale d'identité ou passeport).
A défaut, joindre un relevé d'identité sur l'honneur référence AGI 0201 complété.

Joindre une photocopie de la dernière attestation de droits à l'assurance maladie de chacun des bénéficiaires.

Déduction des cotisations du revenu professionnel

Pour les professions non salariées, non agricoles, les cotisations peuvent être déduites conformément à l'article 154 bis (issu de la loi Madelin de 1994) du Code général des impôts.

Les prestations reçues sont non imposables.

Joindre une copie de l'attestation délivrée par la caisse d'assurance vieillesse, précisant que l'adhérent-assuré est à jour de ses cotisations.

Païement des cotisations et versement des prestations

Compléter le mandat de prélèvement SEPA.

Joindre un RIB du compte à débiter ainsi que du compte bancaire à créditer s'il est différent.

Informations importantes

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice Agipi Santé AGI0327 prévue par l'article L 141-4 du Code des assurances et de mon droit d'accès et de rectification figurant au verso. Je reconnais également que la signature de la présente demande d'adhésion matérialise mon consentement à l'assurance.

Renonciation

« je reconnais avoir été informé que je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que l'adhésion au contrat est conclue. Je suis informé(e) que l'adhésion est conclue à la date de signature de la demande d'adhésion. La renonciation doit être faite par lettre recommandée envoyée au centre de gestion ADIS, 12 avenue Pierre Mendès-France, CS 10144, 67312 Schiltigheim Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre joint à la présente demande.

Informatique et Libertés

Je reconnais avoir été informé, conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus. Je 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.

J'ai été informé et je consens à ce que les données contenues dans le présent document ne puissent être utilisées que pour les seules nécessités de la gestion du contrat d'assurance par ADIS et que celles-ci pourront être communiquées aux mandataires AGIPI, ses assureurs, réassureurs, organismes professionnels habilités en fonction des nécessités de la gestion dudit contrat.

Je déclare par ailleurs avoir été informé que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer auprès du centre de gestion ADIS, à l'adresse suivante : Correspondant Informatique et Liberté, ADIS, 12 Avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Je reconnais être informé que les données ainsi recueillies pourront être utilisées par AGIPI et le groupe AXA à des fins de prospection commerciale, auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre .

Fait à _____, en trois exemplaires le _____

Signatures (faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

L'adhérent-assuré

Cabinet BOUZIANE
Agent Général AXA A2P
2 Rue du compte Vert
Le Richelieu
06300 NICE

Le conseiller

Assureur du contrat



réinventons / notre métier

AXA France Vie S.A. au capital de 487 725 073,50 €
310 499 959 RCS Nanterre

AXA Assurances Vie Mutuelle

Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245

Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche -
92727 Nanterre Cedex

Entreprises régies par le Code des assurances

Centre de gestion des contrats d'assurance AGIPI

ADIS

Siège Social

12 avenue Pierre Mendès France -
CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM
Cedex
tél. 03 90 23 90 00

Société anonyme de courtage
d'assurances au capital de 480 000 €
Filiale d'AXA France Vie

Siret 306 843 731 00069
ORIAS 07 029 368

Association souscriptrice du contrat

AGIPI

Siège Social

12 avenue Pierre Mendès France - CS10144
-
67312 SCHILTIGHEIM Cedex
tél. 03 90 23 90 00

Bureau Parisien

52 rue de la Victoire - 75009 Paris
tél. 01 40 08 93 00

Registre des Associations du tribunal
d'instance de Schiltigheim -
volume 21 - n° 1049

Siren 307 146 308 000 - NAF 9499Z

ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 / ORIAS : www.orias.fr