



N° contrat : _____

Date d'effet : _____

EMPLACEMENT RÉSERVÉ ÉTIQUETTES CONSEILLERS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSOCIATION MEMBRE DE L'UNAPEI

Nom : _____

Adresse : _____

N° Association : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

M. Mme Mlle ⁽¹⁾ Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Employeur : _____ Profession : _____

Régime social ⁽¹⁾ : assuré social TNS régime agricole (AMEXA ASA) Alsace Moselle

Sexe ⁽¹⁾ : masculin féminin Date de naissance : _____

Situation familiale : célibataire vie maritale marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge : _____ Date d'effet souhaitée : _____

Contrat rente survie UNAPEI en cours ⁽¹⁾ ? Oui Non Si oui, nombre de classes : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT BÉNÉFICIAIRE

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

GARANTIE

CHOIX DE FORMULE POSSIBLE ⁽¹⁾

CHOIX DU NOMBRE DE CLASSES (MAXIMUM 10)

Prime viagère (5521 0000)

Prime temporaire

60 ans (5522 0001)

65 ans (5522 0002)

70 ans (5522 0003)

Prime unique (5523 0000)

Transfert des classes des contrats AG 3239 ou 5008 vers l'une des formules ci-dessus

(sans sélection médicale) ⁽¹⁾ : oui nombre de classes transférées : _____ non

ÉTIQUETTES CORRESPONDANTS

(1) Cocher la case correspondante

Comment procéder à l'envoi de votre dossier ?

■ **Votre dossier doit comprendre**

d'une part :

- la présente demande d'adhésion complétée par vos soins,
- la décision de la CO.T.O.RE.P. ou de la C.D.E.S.,
- la demande d'autorisation de prélèvement et le relevé d'identité bancaire, postal ou de la caisse d'épargne pour les adhésions à prime trimestrielle,

d'autre part :

(sauf en cas de simple transfert de garanties ne nécessitant pas de formalités médicales)

- l'enveloppe confidentielle destinée au médecin conseil d'AXA comprenant :
 - pour les moins de 60 ans : le questionnaire médical,
 - à partir de 60 ans et plus : le questionnaire médical et les examens biologiques datant de moins de six mois.

■ **L'ensemble de votre dossier doit être adressé à :**

UNAPEI - Service prévoyance - 15, rue Coysevox - 75876 Paris cedex 18

Aucun règlement ne doit être joint à la présente demande d'adhésion

QUESTIONNAIRE MÉDICAL A REMPLIR PAR LE PARENT ASSURÉ

Nom et prénom du parent assuré | _____
 Activité | _____

	Répondre OUI ou NON	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées.
Taille (hauteur) _____ cm Poids _____ kg Avez-vous connaissance de vos chiffres tensionnels ?	_____	Si oui, lesquels ? _____
Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail ou vos activités habituelles plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	_____	Pour quels motifs ? _____ Lesquels ? _____ Durée des arrêts de travail ? _____
Etes-vous actuellement soumis à un traitement médical, un régime ou une surveillance particulière ?	_____	Lequel ou laquelle ? _____ Pour quels motifs ? _____ Depuis quelle date ? _____
Avez-vous suivi des traitements : · pour maladies cardio-vasculaires ? · pour hypertension artérielle ? · pour insuffisance respiratoire ?	_____ _____ _____	Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____
Avez-vous suivi des traitements : · pour maladie rhumatismale, disco-vertébrale, lumbago, sciatique ? · pour affection neuro-psychique, dépression nerveuse ? · par radiations, cobalt ou chimiothérapie ?	_____ _____ _____	Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____
Avez-vous subi un test de dépistage de séropositivité ?	_____	A quelle date ? _____ Résultats ? _____
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	_____	Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____
Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	_____	Date prévue ? _____ Motif ? _____
Êtes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	_____	Laquelle ? _____ Depuis quelle date ? _____ Taux de pension ? _____

Si vous avez 60 ans et plus, veuillez indiquer :

- votre tension artérielle : _____
- joindre votre bilan biologique comprenant :
 - numération globulaire - Formule sanguine,
 - vitesse de sédimentation,
 - dosage (glucose, urée, créatinine, acide urique, cholestérol, triglycérides, transaminases SGOT et SGPT, gamma-globuline).

En outre, pour les hommes : phosphatases, acides protastiques, antigène P.S.A..

Le parent assuré demande à bénéficier de l'assurance "Rente Survie" souscrite par l'UNAPEI et déclare accepter les conditions de l'assurance définies dans la notice qui lui a été remise. Le parent assuré certifie, après avoir pris connaissance des articles L 113-8, L 132-26 et L 132-5-1 du code des assurances rappelés ci-après que les déclarations contenues au verso et notamment dans le questionnaire médical sont exactes, complètes et sincères.

Extrait de l'article L 113-8 : "Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre".

Extrait de l'article L 132-26 : "L'erreur sur l'âge n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur".

Extrait de l'article L 132-5-1 : "Toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou un contrat a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours à compter du premier versement".

Fait à : _____

Le : | | | | | | | | | |

Signature

Loi Informatique et Libertés

L'assuré peut demander à la société communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

AXA
Service Information Clients
Tour AXA
1, place des Saisons
92083 PARIS LA DÉFENSE CEDEX



26, rue Drouot, 75009 Paris - Tél. 01 49 49 40 00. Fax : 01 49 49 47 00

AXA France IARD. S.A. au capital de 214799030 € - 722057460 R.C.S. Paris • **AXA France Vie.** S.A. au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Paris • **AXA Courtage Assurances Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 302 983 572 - Sièges sociaux : 26, rue Drouot 75009 Paris • Entreprises régies par le code des assurances.