



N°contrat :

Date d'effet :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSOCIATION MEMBRE DE L'UNAPEI

Nom :

Adresse :

N°Association :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

M. Mme⁽¹⁾ Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Mail :@.....

Employeur : Profession :

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)
<input type="checkbox"/> Prime viagère (5521 0000)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prime temporaire	
<input type="checkbox"/> 60 ans (5522 0001)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 65 ans (5522 0002)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 70 ans (5522 0003)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prime unique (5523 0000)	<input type="text"/>

(1) Cocher la case correspondante.

Signature

Fait à Le



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 photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité, dûment datée, signée et certifiée "conforme à l'original" par vous-même ;
- si l'adresse déclarée sur le bulletin d'adhésion est différente de celle figurant sur la pièce d'identité, un justificatif de votre domicile de moins de 3 mois ;
- une copie du livret de famille (certifiée conforme à l'original) permettant de justifier sa filiation ;
- les pièces justificatives du handicap de la personne bénéficiaire prouvant qu'elle relève de la législation française en faveur des personnes handicapées ;
- pour les contrats n°5521 et n°5522 (paiement périodique des cotisations), le formulaire de prélèvement et un relevé d'identité bancaire (RIB) ou de la caisse d'épargne (RICE) indiquant les données BIC/IBAN,

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 À 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".

Je reconnais être informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je reconnais être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. J'autorise mon assureur et le cas échéant, le gestionnaire de mon contrat, à collecter et à traiter les informations de santé me concernant figurant dans ce questionnaire ainsi que celles qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, aux seules fins de la passation, de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance.

Je déclare être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont destinées au service d'acceptation de l'assureur.

Fait à Le

Signature

Informatique et libertés

L'adhérent reconnaît avoir été informé, conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus. L'adhérent 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. L'adhérent autorise l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est l'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer ses réponses ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de son contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. L'adhérent l'autorise également à utiliser ses données 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.

L'adhérent dispose 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 le concernant.

L'adhérent reconnaît être informé que les données recueillies par l'assureur lors de son adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles il peut s'opposer en cochant la case ci-contre .

Si l'adhérent souhaite recevoir par courrier électronique les offres et produits et services du groupe AXA, il convient de cocher la case ci-contre .

L'adhérent certifie l'exactitude et la sincérité des réponses aux questions figurant sur le présent bulletin d'adhésion.