





réinventons / notre métier

AXA - Assurances Collectives
1 Place Victorien Sardou
Gestion Prévoyance - 2821
78161 Marly le Roi Cedex
Tél : 01 73 600 623 Fax : 01 30 82 85 70



PRAGA

30, rue Olivier Noyer
CS N° 51432
75676 Paris cedex 14
Standard : 01 81 69 36 30
Réception sur rendez-vous
de 9h à 12h et de 14h à 16h45
Internet :
www.praga-assurances.fr

BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT SUP-PRAGA

Assurances collectives. Contrat sur-complémentaire santé des Agents Généraux d'Assurance

Form fields for personal information: Monsieur/Madame, Nom, Prénom, Date de naissance, N° adhérent, Adresse, Code Postal, Ville, Téléphone. Includes checkboxes for 'Adjonction' and 'Changement de garantie'. A declaration checkbox: 'déclare ne pas me trouver actuellement en Invalidité'.

et demande à adhérer au contrat frais de santé Sup-Praga :

Options for health insurance: OPTION 200 % n° 2282004110000 and OPTION 300 % n° 2282004110010

Important : Le choix du niveau de garantie par l'adhérent entraîne le même choix pour les bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Spouse information fields: conjoint/concubin/partenaire pacsé, S.S./T.N.S./autre, Date du mariage, Nom, Prénom, Date de naissance, Nom de jeune fille, N° Immatriculation

Children information fields: avec mes enfants fiscalement à charge, S.S./T.N.S./autre, Nom, Prénom, Date de naissance (multiple)

MODALITÉS DE PAIEMENT

Checkbox: J'opte pour le prélèvement mensuel de ma cotisation

Les cotisations seront payables par prélèvement mensuel (de janvier à décembre), sur compte bancaire par l'Association PRAGA.

Checkbox: J'opte pour le paiement annuel et d'avance de ma cotisation

Le règlement sera effectué par chèque à l'ordre du souscripteur ou par virement unique aux coordonnées bancaires suivantes :

Banking details: Destinataire : PRAGA SUP, IBAN : FR76 3006 6109 2600 0101 3340 190, Domiciliation : CIC PARIS INSTITUTIONNELS, BIC : CMCIFRPPCOR

DÉCLARATIONS

- Je déclare être membre de l'Association PRAGA et bénéficiaire du contrat « Garantie Frais de Santé PRAGA 100 % » des Agents Généraux d'Assurance.
- Je demande l'adhésion des personnes précitées au contrat Sup-Praga, souscrit auprès d'Axa France Vie.
- Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information, équivalant en contrat d'assurance de groupe à la police d'assurance en contrat d'assurance individuel.
- Je déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations sociales retraite et maladie obligatoires et je joins, si je dépends d'un autre organisme de Sécurité sociale que la RAM, l'attestation pour cet organisme le justifiant (carte d'assuré social pour le régime maladie).
Dans le cas contraire, mon adhésion sera nulle en application des dispositions de l'Article L 652-4 du Code de la Sécurité sociale.

LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Je reconnais 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 que 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.

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.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients d'AXA - Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex - pour toute information me concernant.

Fait le A Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)