



DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT – GROUPE PREVOYANCE N° 6512461104

Souscrit par l'Association Française des Amblyopes Unilatéraux, 11, rue Clapeyron 75008 PARIS, par l'intermédiaire de VERSPIEREN S.A. -n° ORIAS 07001542 -1, avenue François Mitterrand 59290 WASQUEHAL auprès d'AXA France IARD – 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE cedex.

NOM : Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse du domicile.....

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Adresse Email :

Je soussigné(e) : demande mon adhésion au contrat groupe prévoyance souscrit par l'A.F.A.U., pour moi-même et pour représenter la(es) personne(s) suivante(s) :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Lien de parenté :

IMPORTANT

L'inscription au régime de prévoyance ne peut être demandée, pour le titulaire ou pour les personnes d'au moins trois ans qu'il représente, **qu'à condition que l'acuité visuelle, après correction optique, soit égale ou supérieure à 6/10 pour le « bon œil » et égale ou inférieure à 4/10 pour l'œil déficient (énucléation comprise).**

Si pour le bénéficiaire désigné ci-dessous, l'un des yeux a été atteint par une maladie dont la fin du traitement remonte à moins de trois ans, l'adhésion au contrat groupe prévoyance ne peut être demandée que pour une option A (ACCIDENTS). Au terme de ce délai de trois ans, dit délai de carence, l'inscription pourra être demandée pour une option MALADIE (M). A ce terme, la prise d'effet de la garantie des maladies demeure subordonnée à une déclaration de validation qui doit être prise par le médecin conseil, après nouveau contrôle médical.

BENEFICIAIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Œil déficient : Droit Gauche

Origine de la déficience :

Naissance Strabisme Accident Maladie Enucléation

Dernier examen oculaire par un ophtalmologiste : Jour Mois Année

La vision du bon œil est-elle corrigée par des lunettes ou des lentilles ? OUI NON

Acuité visuelle après correction de : L'œil DROIT L'œil GAUCHE

L'œil DROIT a-t-il été atteint : Par une maladie : OUI NON

Laquelle :

A quelle date ?

Par un accident : OUI NON

Nature de l'accident :

A quelle date ?



L'œil GAUCHE a-t-il été atteint : Par une maladie : OUI NON
Laquelle :
A quelle date ?
Par un accident : OUI NON
Nature de l'accident :
A quelle date ?

OPTION CHOISIE: A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7
ou
 AM1 AM2 AM3 AM4 AM5

Je déclare :

Avoir reçu la notice d'information du contrat de prévoyance et en avoir pris connaissance, notamment de l'objet du contrat, des conditions d'adhésion et des exclusions de garanties ainsi que des limites d'indemnisation et en accepte tous les termes.

Certifier exacts les renseignements indiqués sur la demande d'adhésion comme sur le certificat médical et être informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues à l'article L.113-8 du Code des Assurances.

Accepter toutes les clauses et conditions du contrat en référence dont il reconnaît avoir pris connaissance.

"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 pour l'établissement des Conditions Particulières 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.
- . Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés. . Que mes 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.
- . Que je 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 me concernant.
- . Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus."

Signature du bénéficiaire ou de son représentant

Fait A LE