



DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT PREVOYANCE N° 6512461104

Contrat d'assurance de groupe souscrit par l'Association Française des Amblyopes Unilatéraux – 11 rue Clapeyron – 75008 PARIS au profit de ses adhérents, auprès d'AXA France IARD (SA au capital de 214799030 €) - RCS Nanterre : 722 057 460 - Siège social 313, Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE CEDEX). Il est régi par le droit français et notamment le Code des Assurances. Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription et à la gestion du Contrat d'assurance ci-dessus référencé est le cabinet VERSPIEREN – 1 avenue François Mitterrand – 59290 WASQUEHAL - N° ORIAS : 07001542

Conditions préalables à la demande d'adhésion au contrat groupe Prévoyance souscrit par l' A.F.A.U

L'inscription au régime de prévoyance peut être demandée par toute personne dont l'état visuel est réduit à l'usage normal d'un seul œil ("bon œil"), quelles que soient la nature et l'origine de sa déficience oculaire. **L'état d'amblyopie unilatérale est établi dès l'instant où l'acuité visuelle, mesurée pour chaque œil après correction optique, se situe dans les limites suivantes : - "bon œil" : 6/10 et plus, - œil déficient : 4/10 et moins** (énucléation comprise).

Le bénéficiaire doit être âgé de **plus de trois ans et de moins de 66 ans** à la date d'adhésion au contrat groupe prévoyance

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 la validation du médecin conseil de l'Assureur, après nouveau contrôle médical.

Il est rappelé que la validité de l'inscription est subordonnée à l'accord du Médecin Conseil de l'Assureur, après réception du certificat médical établi par l'ophtalmologiste traitant du demandeur.

NOM : Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse du domicile.....

Code postal : Ville : Pays : FRANCE

Tél. :

Adresse Email :

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

NOM : Prénom : Date de naissance :

Lien de parenté :

BENEFICIAIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

OPTION CHOISIE : A1 A2 A3 A4 A5 A6

ou

AM1 AM2 AM3 AM4 AM5



Informations sur l'utilisation de vos données personnelles

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre.

Je déclare :

- avoir reçu et pris connaissance avant la souscription au contrat Prévoyance n° 6512461104, du tarif, des conditions de garanties et exclusions, conformément aux dispositions de l'article L.112-2 du Code des assurances.
- certifier exacts les renseignements indiqués sur la demande d'adhésion comme sur le certificat médical
- accepter toutes les clauses et conditions du contrat en référence dont je reconnais avoir pris connaissance.

Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal

Fait à le

