réinventons / notre métier

Votre intermédiaire

AXA République
agence.republique@axa.fr
02 28 54 00 54

PTF 44039344

Protection Familiale Intégr@le

Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Demande de souscription

▶ Je complète mes coordonnées

Prénom, Nom : _____ Date de naissance : __ __ ____

Adresse : _____ N° de téléphone : _____

CSP : ❑ Salarié ❑ TNS ❑ Autre **Situation de Famille** : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Veuf(ve) ❑ Autre

▶ Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

En option

Formule	Seuil d'intervention[1]	Indemnisation[1]	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique	Protection Familiale Intégr@le Seniors - Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique
❑ **Référence Individuelle**	**Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente** (ex. perte d'une jambe)	• **Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti** et par personne assurée victime d'un accident de la vie[2] • **Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 €** par assuré décédé	14 €	16 €
❑ **Référence Famille**			23 €	25 €
❑ **Confort Individuelle**	**Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente** (ex. perte d'un pouce)		18 €	21 €
❑ **Confort Famille**			31 €	35 €
❑ **Confort Famille + Petits-enfants[3]**			37 €	41 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : __ __ ____
Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors**
Nombre d'assurés hors petits-d'enfants : __ Nombre de petits-d'enfants[3] : __

Soit, pour une période allant du 1er janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

▶ Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie

Sans l'option protection juridique des risques liés à internet

Formule	Seuil d'intervention	Indemnisation	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie	Protection Familiale Intégr@le Seniors - Garantie des Accidents de la Vie
❑ **Référence Individuelle**	**Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente** (ex. perte d'une jambe)	• **Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti** et par personne assurée victime d'un accident de la vie[2] • **Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 €** par assuré décédé	7 €	9 €
❑ **Référence Famille**			13 €	17 €
❑ **Confort Individuelle**	**Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente** (ex. perte d'un pouce)		11 €	14 €
❑ **Confort Famille**			21 €	27 €
❑ **Confort Famille + Petits-enfants[3]**			27 €	33 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : __ __ ____
Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors**
Nombre d'assurés hors petits-d'enfants : __ Nombre de petits-d'enfants[3] : __

Soit, pour une période allant du 1er janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

(1) Valable uniquement pour la garantie des accidents de la vie.
(2) Les garanties accidents de la vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le n° 170400B.
(3) Nous entendons par « petits-enfants » : les petits enfants mineurs du souscripteur ou de son conjoint, temporairement sous leur garde.

▶ Mon contrat

Date d'effet du contrat : __ __ ____ Sans indication de date d'effet ci-contre, votre contrat prend effet le jour de signature de la présente demande de souscription. Il est souscrit pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Les Conditions Particulières qui constituent votre contrat vous seront adressées dès enregistrement.

Fractionnement de la cotisation ❑ Mensuel (prélèvement automatique obligatoire) ❑ Semestriel ❑ Annuel

Paiement par prélèvement ❑ Oui, le __ (entre le 5 et 28 du mois) ❑ Non

Si votre contrat fait suite à celui d'un autre organisme, indiquez ci-dessous :
❑ Le nom de cet organisme : _____ ❑ La date d'échéance principale du contrat : __ __ ____
Souhaitez-vous que nous prenions en charge les formalités de résiliation après de votre assureur précédent ? ❑ Oui ❑ Non

▶ Je souscris

Oui, je souscris au contrat Protection Familiale intégr@le et déclare avoir pris connaissance et accepté les termes des conditions générales du contrat Protection Famiiale Intégr@le n° 170400 B.

Fait à : _____

Le : __ __ ____

Signature : ▶ ◀

N'oubliez pas de joindre un RIB

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 06 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 faute déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. J'autorise mon assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat à communiquer les données me concernant, recueillies à l'occasion de la souscription ou de la gestion de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités, sous-traitants et à ses collaborateurs tant en France qu'au Maroc, au Canada ou à l'Ile Maurice et ce en vertu d'une autorisation de la CNIL. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant auprès d'AXA - Service d'information Clients, 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre ❑.

Réf. 960806 11 2016 P SGI

Exemplaire Client