

ASSURANCE « INDIVIDUELLE ACCIDENTS COMPLEMENTAIRE »

Contrat n° XFR0007181AV11A B1 - AXA CORPORATE SOLUTIONS

DEMANDE D'ADHESION

Merci de bien vouloir retourner ce document complété et signé à VERSPIEREN
par courrier (VERSPIEREN – Département Aviation - 8 avenue du Stade de France – 93210 SAINT-DENIS),
ou à l'adresse ffp@verspieren.com

1 – IDENTIFICATION DE L'ASSURE

Monsieur Madame Mademoiselle
 NOM | _____ |
 PRENOM | _____ | né(e) le |__|_| |__|_| |__|_|
 ADRESSE | _____ |
 _____ |
 CODE POSTAL |__|_|_|_|_| | COMMUNE | _____ |
 TELEPHONE | _____ | ADRESSE E-MAIL | _____ |
 SITUATION DE FAMILLE :
 1 Célibataire 2 Marié(e) 3 Veuf(ve) 4 Divorcé(e) 5 Concubin(e) 6 Séparé(e) 7 Partenaire (PACS)
 PROFESSION : | _____ | NATIONALITE : | _____ |

2 - CHOIX DES GARANTIES

<input checked="" type="checkbox"/> DECES <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	Capital de € <i>(de 15.000 € à 150.000 €, selon le tableau ci-après)</i>
OPTION : <input type="checkbox"/> INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Indemnité journalière de : € <i>(25 € ou 50 €/jour, selon le tableau ci-après)</i> Durée d'indemnisation : 365 jours Franchise : 15 jours

3 – BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

Important : En cas d'absence de désignation d'un ou de plusieurs bénéficiaire(s) particulier(s) ou si cette clause devient caduque, le capital garanti en cas de décès sera versé selon la **clause contractuelle** suivante : votre conjoint non décédé, non divorcé et non séparé de corps ; à défaut à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ; à défaut à vos parents par parts égales entre eux ; à défaut à vos héritiers légaux selon la dévolution successorale.

Clause bénéficiaire particulière : indiquez les nom, prénoms et date de naissance de chaque bénéficiaire, en précisant, « par défaut » ou « par parts égales entre eux » :

-
-
-
-

ASSURANCE « INDIVIDUELLE ACCIDENTS COMPLEMENTAIRE »

4 - CAPITAL GARANTI ET PRIME D'ASSURANCE

DECES & INVALIDITÉ PERMANENTE

Tarifification applicable
entre le 1^{er} Janvier 2011 et le 31 décembre 2011

OPTION - INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Tarifification applicable
entre le 1^{er} Janvier 2011 et le 31 décembre 2011

Capital Garanti	Prime annuelle	Prime stage 16 jrs ou Journée découverte
15 000 €	52,50 €	4,60 €
30 000 €	105,00 €	9,21 €
45 000 €	157,50 €	13,81 €
60 000 €	240,00 €	21,04 €
75 000 €	300,00 €	26,30 €
90 000 €	360,00 €	31,56 €
105 000 €	472,50 €	41,42 €
120 000 €	540,00 €	47,34 €
135 000 €	675,00 €	59,18 €
150 000 €	750,00 €	65,75 €

Indemnité Journalière		
Durée d'indemnisation max.	365 jours	365 jours
Franchise	15 jours	15 jours
Forfait journalier	25 €	50 €
Prime annuelle	96 €	180 €

5 - PRISE D'EFFET - REGLEMENT DES PRIMES

Praticant à l'année

Prise d'effet souhaitée* : _____ **Contrat à durée ferme – Date fin contrat 31/12/2011**

Les garanties prises en cours d'année seront facturées comme suit :

- Du 1er janvier au 31 mars 2011 (inclus) : 100% de la prime annuelle
- Du 1er avril au 30 juin 2011 (inclus) : 75% de la prime annuelle
- Du 1er juillet au 30 septembre 2011 (inclus) : 50% de la prime annuelle
- Du 1er octobre au 31 décembre 2011 (inclus) : 25% de la prime annuelle

Stage ou journée découverte

Date début stage* : _____ Date Fin stage : _____

Mes primes seront acquittées auprès de VERSPIEREN:

- par chèque à l'ordre de VERSPIEREN
- par Prélèvement Bancaire
 - Fractionnement Annuel
 - Fractionnement Trimestriel
 - Fractionnement Mensuel (prime annuelle minimale 200 €)

* Le contrat entrera en vigueur au plus tôt

- à la date du cachet de la Poste, apposée sur le courrier d'envoi de la demande d'assurance au présent contrat,
- à la date du courrier électronique d'envoi de la demande d'assurance au présent contrat,

6 – DECLARATIONS ET SIGNATURES

Je déclare avoir reçu un exemplaire et pris connaissance des Conditions Générales et des Conventions Spéciales du contrat d'assurance n° XFR0007181AV11A B1

Fait à _____ Le _____

Signature du Proposant

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés », vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tous fichiers à usage de la société, de ses mandataires ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse ci-dessous :

VERSPIEREN – Direction AVIATION

Etablissement de Saint-Denis :

8, avenue du Stade de France
93218 La Plaine St-Denis cedex

Téléphone : 01 49 64 13 01
Télécopie : 01 49 64 13 32

www.aviation.verspieren.com

●●● PAGE 2

VERSPIEREN – Société anonyme au capital de 1 000 000 euros

SIREN 321 502 049 - RCS Bobigny – N° Orias : 07 001 542 – www.orias.fr

N° de TVA intracommunautaire : FR 45321502049 - C.C.P. Lille 959 M - A.P.E. 6622 Z – SIRET 321 502 049 00174

DEMANDE DE PRELEVEMENTS

Client N°

Police N°

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom

Prénoms

N° et Rue.....

Code Postal /-/-/-/-/-/-/ Ville

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

VERSPIEREN
Siège social
1, av François MITTERRAND
B.P. 30200
59446 Wasquehal cedex

Je vous prie de bien vouloir désormais, et sauf instructions contraires de ma part vous parvenant en temps utile, faire prélever en votre faveur sur le compte

N° Clé RIB

Code Etablissement..... Code Guichet.....

auprès de **Nom et Adresse de l'Etablissement Bancaire**
.....
.....

les sommes dont je vous serai redevable au titre de mes contrats d'Assurances, sommes que vous m'aurez préalablement notifiées par avis adressé directement à domicile.

En cas de non exécution, j'en sera avisé par vos soins.
Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

Date..... Signature

✂

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

Numéro National d'Emetteur
144 762

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec l'Organisme créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom.....

Prénoms.....

N° et Rue.....

Code postal /-/-/-/-/-/-/ Ville

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom

N° et Rue

Code postal /-/-/-/-/-/-/ Ville

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
VERSPIEREN
Siège social
1, av François MITTERRAND
B.P. 30200
59446 Wasquehal cedex

Désignation du compte à débiter			
Code Etab.	Guichet	N° de Compte	Clé RIB

Date..... Signature du titulaire du compte à débiter

Prière de remettre les deux parties de cet imprimé à votre CREANCIER sans les séparer, en y joignant obligatoirement un **RELEVÉ d'IDENTITE BANCAIRE**