ASAF & AFPS

N° Serenova
Réservé à l'ASAF-AFPS

BULLETIN D'ADHÉSION SERENOVA

Code : BG8

Nom du producteur : SOFICAS

○ A.S.A.F. ☒ A.F.P.S.

Cachet de votre assureur conseil

SOFICAS
4 rue Francis Martin
33000 - BORDEAUX
ORIAS : 07031119 - RCS : B 379 683 550

Adhérent/Assuré : ○ M. ○ Mme. ○ Melle Date de naissance __ __ ____

Nom et prénom de l'adhérent : ..... Nom de jeune fille : .....

Adresse : ..... Téléphone fixe : .....

..... Téléphone mobile : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Email : .....

Pièce d'identité de l'adhérent* : ○ Carte nationale d'identité ○ Passeport ○ Carte de séjour ○ Carte de résident ○ Permis de conduire

Numéro : ..... Date et lieu de délivrance : ..... Date d'expiration : .....

Département de naissance : ..... Commune de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Situation de famille : ..... Vous êtes résident(e) fiscale(e) en France : ☒ Oui ○ Non

* joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité

Catégorie socioprofessionnelle : ○ Agriculteurs ○ Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise ○ Professions libérales ○ Salariés du secteur privé ○ Salariés du secteur public ○ Retraités ○ Étudiants ○ Sans emploi

Caractéristiques de l'adhésion : L'adhésion prend effet le 01 __ ____, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation. Elle est conclue pour une durée viagère.

Garanties souscrites	Montant garanti
Capital décès [1]	..... €
Services d'Assistance [2]	se référer à la Notice d'information Serenova

(1) le capital décès choisi intialement entre 1.000 et 10.000 €, sera revalorisé, au minimum de 1% par an.
(2) Il s'agit des prestations délivrées par AXA Assistance.

Choix du mode de paiement :

☒ **Viager** : cotisations versées jusqu'à votre décès

○ **Temporaire** : cotisations versées pendant la durée de votre choix ○ 10 ans ○ 15 ans ○ 20 ans ○ 25 ans

L'âge de l'assuré doit être inférieur à 90 ans lors du paiement de la dernière cotisation.

○ Adhésion couple : Numéro du 2ème contrat ..... Nom et prénom de l'assuré du 2ème contrat .....

Bénéficiaire(s) : En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après :

○ Clause standard : la personne physique qui a réglé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, sur présentation des factures des opérations funéraires, à hauteur des frais engagés dans la limite du capital garanti ; pour le solde ou à défaut : mon conjoint non séparé de corps ou mon partenaire lié par pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants ou leurs descendants venant en leur lieu et place, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

○ Autre clause : .....

.....

Si le(s) bénéficiaire(s) est (sont) nommément désigné(s), l'adhérent peut porter à l'adhésion au contrat les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le(s) contacter en cas de décès de l'assuré.

Cotisations : Les cotisations sont réglées selon la périodicité : ○ Annuelle ○ Semestrielle ○ Trimestrielle ☒ Mensuelle

☒ par prélèvement automatique (obligatoire en cas de périodicité mensuelle ou trimestrielle)

Date de prélèvement* : ○ le 05 ☒ le 10 (Joindre RIB et formulaire de prélèvement complété) * Date de prélèvement au 05 si aucune case cochée

○ par chèque

Montant à régler à l'adhésion : cotisation de : ..... € (correspondant à une cotisation fractionnée), à laquelle s'ajoute 15 € de droits d'entrée. Soit une cotisation initiale totale de : ..... €

Modalité de renonciation : L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : ASAF & AFPS/GIEPS – Service Prévoyance – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre figurant au verso du présent bulletin d'adhésion.

• Oui, j'adhère à l'ASAF & AFPS sous réserve de son acceptation et demande mon adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative SERENOVA souscrit par l'ASAF & AFPS auprès des sociétés d'assurance AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle.
• Je reconnais avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto/verso du présent « Bulletin d'adhésion » ainsi que de la « Notice d'information SERENOVA ».
• Je certifie l'exactitude et la sincérité des réponses aux questions figurant sur le présent bulletin d'adhésion.

Fait en trois exemplaires à : _____ Le : __ __ ____

Signature de l'adhérent/assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

Sign in the **RED BOX** in acceptance of the **SERENOVA** subscription as part of our **special offer.**

exemplaire siège social

ASAF & AFPS

N° Serenova
Réservé à l'ASAF-AFPS

BULLETIN D'ADHÉSION SERENOVA

Code : BG8
Nom du producteur : SOFICAS
○ A.S.A.F. ☒ A.F.P.S.

Cachet de votre assureur conseil

SOFICAS
4 rue Francis Martin
33000 - BORDEAUX
ORIAS : 07031119 - RCS : B 379 683 550

Adhérent/Assuré : ○ M. ○ Mme. ○ Melle Date de naissance __ __ ____

Nom et prénom de l'adhérent : ..... Nom de jeune fille : .....
Adresse : ..... Téléphone fixe : .....
..... Téléphone mobile : .....
Code postal : ..... Commune : ..... Email : .....
Pièce d'identité de l'adhérent* : ○ Carte nationale d'identité ○ Passeport ○ Carte de séjour ○ Carte de résident ○ Permis de conduire
Numéro : ..... Date et lieu de délivrance : ..... Date d'expiration : .....
Département de naissance : ..... Commune de naissance : ..... Pays de naissance : .....
Situation de famille : ..... Vous êtes résident(e) fiscale(e) en France : ☒ Oui ○ Non

* joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité

Catégorie socioprofessionnelle : ○ Agriculteurs ○ Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise ○ Professions libérales ○ Salariés du secteur privé ○ Salariés du secteur public ○ Retraités ○ Étudiants ○ Sans emploi

Caractéristiques de l'adhésion : L'adhésion prend effet le 01 __ ____, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation. Elle est conclue pour une durée viagère.

Garanties souscrites	Montant garanti
Capital décès [1]	..... €
Services d'Assistance [2]	se référer à la Notice d'information Serenova

(1) le capital décès choisi intialement entre 1.000 et 10.000 €, sera revalorisé, au minimum de 1% par an.
(2) Il s'agit des prestations délivrées par AXA Assistance.

Choix du mode de paiement :
☒ **Viager** : cotisations versées jusqu'à votre décès
○ **Temporaire** : cotisations versées pendant la durée de votre choix ○ 10 ans ○ 15 ans ○ 20 ans ○ 25 ans
L'âge de l'assuré doit être inférieur à 90 ans lors du paiement de la dernière cotisation.
○ Adhésion couple : Numéro du 2ème contrat ..... Nom et prénom de l'assuré du 2ème contrat .....

Bénéficiaire(s) : En cas de décès de l'assuré(e), les sommes dues seront versées aux bénéficiaires désignés ci-après :
○ Clause standard : la personne physique qui a réglé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, sur présentation des factures des opérations funéraires, à hauteur des frais engagés dans la limite du capital garanti ; pour le solde ou à défaut : mon conjoint non séparé de corps ou mon partenaire lié par pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants ou leurs descendants venant en leur lieu et place, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.
○ Autre clause : .....
.....

Si le(s) bénéficiaire(s) est (sont) nommément désigné(s), l'adhérent peut porter à l'adhésion au contrat les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le(s) contacter en cas de décès de l'assuré.

Cotisations : Les cotisations sont réglées selon la périodicité : ○ Annuelle ○ Semestrielle ○ Trimestrielle ☒ Mensuelle
☒ par prélèvement automatique (obligatoire en cas de périodicité mensuelle ou trimestrielle)
Date de prélèvement* : ○ le 05 ☒ le 10 (Joindre RIB et formulaire de prélèvement complété) * Date de prélèvement au 05 si aucune case cochée
○ par chèque

Montant à régler à l'adhésion : cotisation de : ..... € (correspondant à une cotisation fractionnée), à laquelle s'ajoute 15 € de droits d'entrée. Soit une cotisation initiale totale de : ..... €

Modalité de renonciation : L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : ASAF & AFPS/GIEPS – Service Prévoyance – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre figurant au verso du présent bulletin d'adhésion.

• Oui, j'adhère à l'ASAF & AFPS sous réserve de son acceptation et demande mon adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative SERENOVA souscrit par l'ASAF & AFPS auprès des sociétés d'assurance AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle.
• Je reconnais avoir préalablement reçu et accepté les termes des documents suivants : un exemplaire recto/verso du présent « Bulletin d'adhésion » ainsi que de la « Notice d'information SERENOVA ».
• Je certifie l'exactitude et la sincérité des réponses aux questions figurant sur le présent bulletin d'adhésion.

Fait en trois exemplaires à : _____ Le : __ __ ____

Signature de l'adhérent/assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

Sign in the **RED BOX** in acceptance of the **SERENOVA** subscription as an **additional extra policy**.

exemplaire siège social

► L'ASAF & AFPS se réserve le droit de réclamer ultérieurement tout document nécessaire à l'adhésion.

► Si l'adhérent n'était pas en possession de son certificat d'adhésion dans un délai de 45 jours, il devrait en aviser l'ASAF & AFPS – Service Prévoyance – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX.

► L'adhérent déclare être pleinement informé qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (Articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en place un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

► L'adhérent certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de cette adhésion ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

► L'adhérent reconnait avoir été informé :
• conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées dans le présent document.
• qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de l'ASAF & AFPS/GIEPS – Service Prévoyance – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX – pour toute information le concernant.

► L'adhérent autorise l'ASAF & AFPS/GIEPS, responsable du traitement dont la finalité est l'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à :
• communiquer ses réponses et leurs mises à jour ultérieures ainsi que les données le concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de son contrat, à ses intermédiaires d'assurances, assureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, y compris, pour cette dernière catégorie et en vertu de l'autorisation de la CNIL, à une filiale ou une structure établie tant en France, qu'au Maroc ou en Inde, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.
• utiliser ses données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

► L'adhérent déclare avoir pris connaissance 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.

MODALITÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion est conclue. L'adhérent est informé que l'adhésion est conclue à la date de réception du certificat d'adhésion.
Il doit adresser sa demande à l'ASAF & AFPS/GIEPS – Service Prévoyance – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX par lettre recommandée avec accusé de réception. L'intégralité des fonds reçus lui seront remboursés dans les 30 jours à compter de la réception de ladite lettre recommandée. La réception de la lettre mettra fin à l'ensemble des garanties de l'adhésion.
Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous :

Modèle de lettre de renonciation :
« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion (nom du produit) n° _____ pour laquelle j'ai versé _____€ en date du _____ et conclue auprès du cabinet_____. Cette renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des sommes versées dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée. Fait à_____, le_____ Signature de l'adhérent ».

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent/assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

OFF268/20140101

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) – Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS – **AXA France Vie** - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE – **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex – Entreprises régies par le Code des assurances – **INTER PARTNER ASSISTANCE agissant sous la dénomination AXA Assistance**, succursale France - RCS Nanterre 316 139 500 - Siège social : 6, rue André Gide 92320 Châtillon – SA de droit Belge au capital de 11 702 613 € - Entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique n° 0487 - RPM Bruxelles 415 591 055 - Siège social : 166 Avenue Louise 1050 Bruxelles, Belgique

exemplaire siège social