

au régime complémentaire Frais de Santé des Avocats

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
[C00327 - C00328 - C00329 - C00330 - C00331 - C00332 - C00333 - C00334 - C00335 -
C00336 - C00337 - C00338] à retourner complété et signé à :
SCB - 47 bis D, bd Carnot - CS 20740 - 13617 Aix-en-Provence Cedex 1 -
Tél. : 04 42 26 47 61 - Fax : 04 13 41 98 31 - E-mail : lpa@scb-assurances.com



ADHÉRENT(E)

Barreau de rattachement :

Date de prestation de serment : | | | | | | | | | |

N° de CNBF : | | | | | | | |

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

M. Mme Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Nationalité (s) :

Adresse :

Code Postal : | | | | | | | |

Ville :

Téléphone fixe : | | | | | | | | | | | | | |

Téléphone mobile : | | | | | | | | | | | | | |

Email :

Date d'entrée dans le régime Frais de santé* : | | | | | | | | | |

*La prise d'effet se fera au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion, sous réserve du règlement des cotisations.

BÉNÉFICIAIRE(S) À GARANTIR AU TITRE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (à compléter par l'assuré)

Type de bénéficiaire	Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité Sociale
Conjoint/ concubin/ pacsé		
Enfant à charge		
Enfant à charge		
Enfant à charge		
Enfant à charge		

Au-delà de 4 enfants à charge, merci d'indiquer les informations sur papier libre.

au régime complémentaire Frais de Santé des Avocats

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
 (C00327 – C00328 – C00329 – C00330 – C00331 – C00332 – C00333 – C00334 – C00335 –
 C00336 – C00337 – C00338) à retourner complété et signé à :
SCB - 47 bis D, bd Carnot – CS 20740 - 13617 Aix-en-Provence Cedex 1 -
 Tél. : 04 42 26 47 61 – Fax : 04 13 41 98 31 - E-mail : lpa@scb-assurances.com



MES GARANTIES SANTÉ

Après avoir pris connaissance, de la notice d'information LPA Santé, du niveau des garanties et de leurs modalités d'application ainsi que des tarifs correspondants, je demande mon adhésion au régime individuel de protection sociale des avocats pour l'option suivante (l'option choisie est applicable à l'ensemble des assurés) :

- NEOS*** (uniquement pour les Avocats de moins de 30 ans et sans bénéficiaire)
- ALPHA*** **BÊTA*** **GAMMA*** **DELTA***

* Ce contrat est un contrat dit « Madelin »

Pour recevoir mon attestation de déclaration Loi Madelin, je prends note que Génération procédera, au début de chaque année civile, à la collecte du justificatif attestant que je suis à jour des cotisations dues au titre de mon régime obligatoire sur l'année précédente.

MES RENFORTS

Je choisis maintenant les renforts qui compléteront mon contrat de garanties Santé.
 Si je choisis un renfort, je peux décider d'en faire profiter tout ou partie de mes bénéficiaires.

	RENFORTS						
	HOSPI1*	HOSPI2*	OPTIDENT1*	OPTIDENT2*	ZEN1*	ZEN2*	RENFORT OBSÈQUES**
Adhérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint/ concubin/ pacsé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant à charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfant à charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfant à charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfant à charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Ce contrat n'est pas un contrat dit « Madelin ». Âge minimum de souscription : aucun. Âge maximum de souscription : 50 ans. Délai de carence de 3 mois.

** Ce contrat n'est pas un contrat dit « Madelin ». Âge minimum de souscription : 23 ans. Âge maximum de souscription : 50 ans. Délai de carence de 1 an.

au régime complémentaire Frais de Santé des Avocats

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
(C00327 – C00328 – C00329 – C00330 – C00331 – C00332 – C00333 – C00334 – C00335 –
C00336 – C00337 – C00338) à retourner complété et signé à :
SCB - 47 bis D, bd Carnot – CS 20740 - 13617 Aix-en-Provence Cedex 1 -
Tél. : 04 42 26 47 61 – Fax : 04 13 41 98 31 - E-mail : lpa@scb-assurances.com



La télétransmission des décomptes de Sécurité sociale vers Génération sera opérationnelle pour vous.

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission entre la Sécurité sociale et Génération, il vous appartient d'en informer Génération car la Sécurité sociale n'accepte qu'une seule connexion par assuré.

Je souhaite faire bénéficier de la télétransmission des décomptes de Sécurité sociale avec Génération :

Mon conjoint/concubin/pacsé : OUI NON (car il bénéficie de sa propre complémentaire santé ou mutuelle)

Mes enfants : OUI NON (car ils bénéficient d'une autre complémentaire santé ou mutuelle)

La Sécurité sociale n'accepte qu'une seule connexion par assuré.

Si vous cochez « NON », vous devrez nous faire parvenir à Génération les décomptes de la complémentaire santé ou mutuelle de votre conjoint/concubin/pacsé ou enfant.

MES COTISATIONS

Cotisation mensuelle à répercuter selon l'option choisie et la tranche d'âge des bénéficiaires

	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
OPTION DE BASE CHOISIE					GRATUIT
1 - TOTAL COTISATIONS GARANTIES DE BASE					
RENFORT HOSPI - SOINS COURANTS (âge maxi de souscription : 50 ans)					
RENFORT DENTAIRE - OPTIQUE (âge maxi de souscription : 50 ans)					
RENFORT BIEN-ÊTRE - DIVERS (âge maxi de souscription : 50 ans)					
RENFORT OBSÈQUES (âge mini de souscription : 23 ans/âge maxi de souscription : 50 ans)					
TOTAL COTISATIONS RENFORTS					
TOTAL COTISATION RENFORTS après réduction applicables uniquement à l'adhérent (à compter de deux renforts minimum souscrits)					
TOTAL COTISATIONS RENFORTS après réductions 10% (si souscription couple ou adulte enfant)					
2 - TOTAL COTISATIONS RENFORTS					
TOTAL GÉNÉRAL 1 + 2 (hors frais d'adhésion LPA de 3€ par an dans le cas^[1])					

[1] Avocats des Barreaux de Paris, Lyon, Hauts-de-Seine.

au régime complémentaire Frais de Santé des Avocats

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
(C00327 – C00328 – C00329 – C00330 – C00331 – C00332 – C00333 – C00334 – C00335 –

C00336 – C00337 – C00338) **à retourner complété et signé à :**

SCB - 47 bis D, bd Carnot – CS 20740 – 13617 Aix-en-Provence Cedex 1 -
Tél. : 04 42 26 47 61 – Fax : 04 13 41 98 31 – E-mail : lpa@scb-assurances.com



Je désire que mes cotisations appelées d'avance le soient :

- Mensuellement par prélèvement automatique sur un compte en France
(Joindre un RIB et le mandat SEPA ci-après complété, daté et signé)

Par chèque (à l'ordre de GENERATION) ou par virement

- Trimestriellement Semestriellement Annuellement

Je prends acte que les garanties décrites font l'objet de contrats groupe souscrits par La Prévoyance des Avocats dont la notice d'information, les Statuts, le Règlement Intérieur, et le Contrat Mutualiste de la MCCI, m'ont été remis avec le présent document. Pour les avocats libéraux adhérents à LPA : je déclare être déjà membre de l'Association LPA. Pour les avocats non adhérents à LPA⁽¹⁾ : je demande à adhérer à l'Association LPA et accepte d'acquitter une cotisation forfaitaire annuelle de 3 €. 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 ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 [nullité du contrat] et L 113-9 [réduction des indemnités] du Code des assurances. Je reconnais être informé que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de la convention d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de ma convention, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de la convention. J'autorise également l'assureur à utiliser ces données 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. Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de cette adhésion n'ont pas une origine délictueuse au sens des articles 562 et suivants du Code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux. Je déclare être pleinement informé de ce que l'assureur est soumis, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

En l'application des dispositions du premier alinéa de l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale, les mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité communiquent avant la souscription puis annuellement à chacun de leurs adhérents ou souscripteurs couverts par une garantie assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident :

Le ratio des frais d'acquisition est de 109,10 % pour l'année 2019.

Le ratio des frais de gestion (hors acquisition) est de 18,90% pour l'année 2019.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. »

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature

Zone réservée à la signature de l'adhérent.

au régime complémentaire Frais de Santé des Avocats

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
(C00327 – C00328 – C00329 – C00330 – C00331 – C00332 – C00333 – C00334 – C00335 –
C00336 – C00337 – C00338) à retourner complété et signé à :
SCB - 47 bis D, bd Carnot – CS 20740 - 13617 Aix-en-Provence Cedex 1 -
Tél. : 04 42 26 47 61 – Fax : 04 13 41 98 31 - E-mail : lpa@scb-assurances.com



QUELS JUSTIFICATIFS JOINDRE À VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION ?

Après avoir rempli, daté et signé votre bulletin, merci de compléter votre dossier d'affiliation.

Dans tous les cas, vous devez joindre à votre bulletin d'affiliation :

- La copie en couleur de votre pièce d'identité (recto-verso).
- Pour l'ensemble des bénéficiaires déclarés, la copie des attestations récentes d'ouverture des droits sur lesquelles figurent les références CPAM (en cas de perte de l'attestation papier, vous pouvez en faire la demande sur le site www.ameli.fr ou auprès de la CPAM).
- Le mandat SEPA, accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au format IBAN/BIC (professionnel ou personnel) pour le prélèvement des cotisations.

Si vous désirez percevoir le remboursement des prestations sur un compte bancaire différent, veuillez joindre le RIB correspondant.

Selon les dispositions contractuelles, vous devez joindre à votre bulletin d'affiliation :

- Pour votre concubin :
 - le certificat de PACS ou,
 - une attestation sur l'honneur de vie commune ou,
 - un justificatif de domicile commun.
- Pour vos enfants au-delà de leurs 18 ans :
 - un certificat de scolarité (limite d'âge : 22 ans)
 - un contrat d'apprentissage (limite d'âge : 22 ans)
 - la notification de rejet de Pôle emploi (limite d'âge : 22 ans)
 - une attestation sur l'honneur d'allocations adulte handicapé attribuées avant les 21 ans ou une attestation de versement aux allocations pour adultes handicapés (sans limite d'âge).

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce bulletin et m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les cartes ou attestations de prise en charge (tiers-payant), qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour les bénéficiaires déclarés.

Je déclare accepter que les informations fournies ci-dessus soient utilisées pour les échanges des données avec la sécurité sociale en respect de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Conformément à cette loi et au Règlement Général sur la Protection des Données « RGPD », les données personnelles collectées et traitées par GENERATION, responsable de traitement sont nécessaires pour la passation, l'exécution et la gestion du contrat présenté ci-dessus et seront enregistrées dans un fichier informatisé. Les données sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude, à des fins statistiques et de prospection commerciale. Ces données sont transmises si nécessaire, aux organismes assureurs, aux sous-traitants et partenaires de GENERATION dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour des motifs légitimes aux traitements de vos données, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de GENERATION en justifiant de votre identité soit par courrier au 12 bis rue de Kerogan 29080 QUIMPER Cedex 9 soit par courriel en vous connectant à votre espace adhérent.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données, rendez-vous sur <https://www.generation.fr/politique-de-protection-des-donnees> pour consulter notre politique de protection des données.

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions du contrat présenté ci-dessus, merci de cocher cette case :

Si vous souhaitez recevoir nos offres commerciales ou celles de nos partenaires par mail, SMS ou MMS cochez cette case :

Convention de preuve (article 1368 du Code civil) : l'assuré et l'employeur ont pris note que GENERATION pourra conserver le présent bulletin ainsi que tous autres documents qu'ils pourraient lui communiquer par la suite sous la seule forme numérisée. Ils acceptent donc expressément comme mode de preuve la version numérisée de l'ensemble de ces documents conservés dans les systèmes d'information de GENERATION.