



aux Contrats Collectifs à Adhésion Facultative souscrits par LPA auprès de MCCI  
(c00291, c00292, c00293, c00294, c00295) 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

## OFFRE LPA JEUNES

réservée aux avocats de moins de 31 ans

Je désire que cette adhésion prenne effet le :

Joindre à votre bulletin la copie de votre pièce d'identité et la photocopie de votre attestation Carte Vitale.

Je désire bénéficier des échanges de données informatisées entre mon régime obligatoire et LPA (EDI) :  Oui  Non

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

Mensuellement (uniquement par prélèvement)  Semestriellement  Annuellement

Je désire payer les cotisations :

Par prélèvement automatique sur un compte en France (obligatoire pour LPA jeunes) [Joindre un RIB et le mandat SEPA ci-après complété, daté et signé]  Par chèque (à l'ordre de CGRM)

La cotisation annuelle est de

Montant de la subvention SCB/LPA

Valable 1 an lors de la 1<sup>ère</sup> inscription à un Barreau (sauf Paris, Hauts-de-Seine et Lyon) et pour une primo adhésion.

- 132 €

Montant remboursé par virement par la SCB dans les deux mois de la souscription

Option fiscalité loi Madelin pour l'adhérent :  Oui  Non

Si oui : J'atteste être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurances obligatoires et que je peux bénéficier des avantages liés à la loi Madelin.

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. 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 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.

Fait à : .....

Le :

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

Signature