

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
Internet : www.laprevoyance.org

Bulletin Individuel d'adhésion

Régime Prévoyance

Convention n° 5151 Frais généraux permanents

Convention n° 5153 Rachat de parts

Bulletin d'adhésion à nous retourner complété et signé

- Nouvelle adhésion

Modification de garanties

L'ADHERENT

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Numéro de Sécurité Sociale

Nom (majuscules) Prénom(s)

Nom de jeune fille Date de naissance : / /

Adresse

Code postal Ville

Mail : @ Téléphone fixe : . . . Téléphone portable : . . .

Situation de famille : Marié/e Célibataire Veuf/ve Divorcé/e Séparé/e PACS Concubinage

Barreau de rattachement Date de prestation de serment / /

Statut : Société (forme sociétaire :) Libéral Exercice isolé de la profession

Dénomination de la société/du cabinet

J'ai bien noté que l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception du présent bulletin individuel d'adhésion par l'Assureur (sous réserve de l'acceptation du Médecin conseil), cette date étant indiquée sur le certificat d'assurance.

GARANTIES SOUHAITEES (cocher les garanties souhaitées)

CONVENTION N°5151

FRAIS GENERAUX PERMANENTS : OUI NON

Franchise : 15 jours 30 jours 60 jours 90 jours

Montant des indemnités journalières :

Classe 1 : 50 € Classe A : 75 € Classe B : 112,50 € Classe C : 150 € Classe D : 225 €

Classe E : 300 € Classe F : 450 € Classe G : 525 € Classe H : 600 €

Durée des versements : 12 mois 18 mois 24 mois

Pour les frais généraux permanents, vous devez joindre obligatoirement le compte de résultat justifiant les frais généraux de l'exercice précédent.

CONVENTION N°5153

RACHAT DE PARTS :

OUI

NON

Montant du capital : € par tranche de 15 000 € dans la limite de 750 000 €.

BENEFICIAIRES EN CAS DE DECÈS :

Le capital garanti en cas de décès est versé aux Avocats Associés, la qualité d'associé devant être justifiée au moment du décès.

Pour souscrire à la garantie Rachat de Parts, vous devez joindre obligatoirement les statuts du cabinet (SCP ou Société d'Exercice Libéral)

PAIEMENT DES COTISATIONS

Je désire payer les cotisations :

Par prélèvement automatique sur un compte en France

Joindre un RIB et l'autorisation de prélèvement ci-jointe datée et signée

Par chèque

Je désire que les cotisations soient appelées d'avance :

Trimestriellement

Semestriellement

Annuellement

Prélèvement automatique obligatoire

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

Je déclare être déjà membre de l'Association LPA et verser une cotisation forfaitaire annuelle de 3 €.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales de la convention d'assurance groupe N°5151 / N°5153 souscrite par LPA.

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.

J'autorise l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer les réponses ainsi que les données à caractère personnel en vigueur qu'il pourrait recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution du contrat, à ses intermédiaires d'assurance, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

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.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service information clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE cedex pour toute information les concernant.

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 qu'AXA est soumise, 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 » apposée de sa main