

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

Offre Prévoyance Individuelle LPA
 Convention n°801049 (Garanties non madelin)
 Convention n°801050 (Garanties madelin)

Nouvelle adhésion
 Modification de l'adhésion
 Transfert de l'adhésion

Bulletin d'adhésion à nous retourner complété et signé

L'ADHERENT

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom (majuscules) Prénom(s)

Nom de jeune fille Date de naissance : / /

Adresse

Code postal Ville

Mail : @ Téléphone fixe : Téléphone portable :

J'ai bien noté que l'adhésion prendra effet

- au premier jour du mois en cours pour toute adhésion reçue entre le 1er et le 15 du mois,
- au premier jour du mois qui suit la date de réception pour toute adhésion reçue entre le 16 et le 31 du mois.

sous réserve de l'acceptation du Médecin conseil, cette date étant indiquée sur le certificat d'assurance.

GARANTIES SOUHAITEES (cocher les garanties souhaitées)

DECES (garantie obligatoire) :

Capital en cas de décès et PTIA toutes causes (garantie obligatoire en cas d'adhésion à la garantie arrêt de travail ; hors option hospitalisation)

Capital : € par tranche de 15 000 €, 1 500 000 € maximum diminué du montant du capital décès par accident si la garantie supplémentaire en cas de décès accidentel est souscrite.

Option capital supplémentaire en cas de décès accidentel

Cette garantie ne peut être souscrite sans la garantie décès.

OUI NON

Capital : € par tranche de 15 000 €, dans la limite du capital décès toutes causes et sans que le cumul du capital décès toutes causes et du capital décès par accident puisse excéder 1 500 000 €

Si la fiscalité Madelin a été choisie pour la garantie Décès, le capital est converti en rente viagère immédiate.

RENTE EDUCATION : OUI NON

Rente annuelle **par enfant** : € par tranche de 1 800 €, 18 000 € maximum

Noms, prénoms et date de naissance des enfants bénéficiaires :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ARRET DE TRAVAIL : OUI NON

**Seuls les avocats affiliés au régime social des Travailleurs Non Salariés peuvent souscrire la garantie Arrêt de travail.
La base d'assurance Arrêt de Travail doit au moins être équivalente à 1/1000ème de la base d'assurance Décès.**

Incapacité de travail/Invalidité

Indemnité journalière (IJ) € par tranche de 15 €, 450 € maximum

Franchise: 15/15/15 30/30/30 60/60/60

Option hospitalisation OUI NON

Cette option ne peut être souscrite sans la garantie arrêt de travail

Montant journalier: 7.50€ 15.00€ 22.50 €

CHOIX DE LA FISCALITE

Choix de la fiscalité

Fiscalité Non Madelin (convention N°801049) :

Décès Rente Education Arrêt de travail

Fiscalité Madelin (convention N°801050) :

Décès (les capitaux Décès sont versés sous forme de rente) Rente Education Arrêt de travail

Si vous optez pour la Fiscalité Madelin (convention N°801050 uniquement),

J'atteste être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurances obligatoires, je peux donc bénéficier des avantages liés à la loi Madelin. Je produirai une copie de ma carte d'assuré(e) social(e) en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Vieillesse au moment de mon adhésion et lors de chaque renouvellement.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Le paiement des cotisations s'effectue automatiquement par prélèvement sur votre compte bancaire

Fractionnement Mensuel Trimestriel

Désignation de bénéficiaires

J'opte pour la désignation qui stipule que le capital décès revient :

Au conjoint de l'adhérent non séparé judiciairement, à défaut ; à son partenaire avec lequel il était lié par un P.A.C.S, à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentants et à ceux de son conjoint si l'adhérent en avait la charge, à défaut, par parts égales, à son père et sa mère ou au survivant d'entre eux, à défaut à ses héritiers selon la dévolution successorale.

Je ne retiens pas la désignation ci-dessus et désigne comme bénéficiaire :

J'exerce ou ai exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions publiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, consul, membre de direction d'une entreprise publique) : Oui Non

Une personne de ma famille ou de mon entourage (membre direct de ma famille ou personne étroitement associée) exerce ou a exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives : Oui Non

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Je suis informé(e) qu'Axa France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre

L'adhérent déclare :

- être membre de l'Association LPA, avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la LPA, et accepter le paiement du droit d'adhésion à l'Association LPA.
- avoir pris connaissance de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales du contrat d'assurance groupe N°801049 & N°801050.
- avoir pris connaissance du document d'information normalisé sur le produit d'assurance.

Fait à, _____ le _____ Signature de l'adhérent, précédée de la mention « lu et approuvé » apposée de sa main