

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
[c00291, c00292, c00293, c00294, c00295 - p00177, p00178] 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)

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Date de naissance : Nationalité (s) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Email* :

Barreau de rattachement :

Date de prestation de serment :

N° de Sécurité Sociale :

Statut : Libéral Salarié

Je désire que cette adhésion prenne effet le :

*Obligatoire pour recevoir vos décomptes par email

MEMBRES DE LA FAMILLE QUE L'ADHÉRENT SOUHAITE ÉGALEMENT ASSURER :

Lien de parenté	Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité Sociale
Conjoint
Enfant
Enfant
Enfant
Enfant

Bulletin individuel d'adhésion - LPA - MCC1 - 01/2020

Joindre à votre bulletin la copie de votre pièce d'identité et la photocopie de votre attestation Carte Vitale.
Ainsi que celle des ayants-droit lorsqu'ils ne sont pas rattachés à votre numéro de Sécurité Sociale.

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.

au régime complémentaire Frais de Santé des Avocats

Aux contrats collectifs à adhésion facultative LPA Santé
(c00291, c00292, c00293, c00294, c00295 - p00177, p00178) 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

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) :

- LPA Jeunes LPA 1 LPA 2 LPA 3 LPA 4
 Surcomplémentaire Formule 1 Surcomplémentaire Formule 2

Reporter la cotisation mensuelle figurant dans la notice d'information suivant l'option choisie ci-dessus
(NB : impérativement la même option pour tous les assurés)

ÂGE	Assuré	Conjoint	Enfant(s) ⁽¹⁾
-22 (Enfants)			
LPA Jeunes			
- 30 ans			
31/35			
36/40			
41/45			
46/50			
51/55			
56/60			
61/65			
66 et +			
Total			soit € + 1 € d'adhésion LPA dans le cas ⁽²⁾

(1) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant. (2) Avocats des Barreaux de Paris, Lyon, Hauts-de-Seine.

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]

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 (2) : je demande à adhérer à l'Association LPA et accepte d'acquitter une cotisation forfaitaire annuelle de 1 €. 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.

Fait à :

Signature

Le :

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