



## **BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT INDIVIDUEL ACCIDENTS N°6761550604 (stage de conduite)**

Souscrit par la Société MONNERET FORMATION - 26 avenue de la Grande Année - 75017 PARIS au profit de ses élèves, par l'intermédiaire du cabinet AMA Assurances (Courtier d'Assurances n° ORIAS 07001556) - 13 boulevard Miredames - 81100 Castres auprès d'AXA France IARD - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex

Je soussigné demande à bénéficier des garanties du contrat référencé ci-dessus et déclare être en parfaite santé et ne pas être atteint d'une infirmité permanente.

### **ADHERENT ASSURE :**

NOM : Prénom :  
Adresse : Date de naissance :  
Adresse mail : Tél :

### **JOURNEE DU :**

### **BENEFICIAIRE DU CAPITAL DECES :**

NOM : .....Prénom: ..... Adresse:

### **INDEMNITES GARANTIES :**

<b>Décès</b>	<b>8.000 euros</b>
<b>Invalidité Permanente totale ou partielle</b> (franchise relative 15%)	<b>40.000 euros au maximum</b>
<b>Indemnité journalière en cas d'hospitalisation</b> (payable à partir du 4 <sup>ème</sup> jour, pendant 90 jours au maximum)	<b>30 euros</b>
<b>Frais de traitement après intervention du régime obligatoire</b>	<b>800 euros au maximum</b>

**COTISATION : 22 + 3 FC = 25 euros TTC.**

### **DUREE DE LA GARANTIE :**

La garantie s'exerce pendant toute la durée de l'apprentissage et de l'épreuve de l'examen du permis de conduire, dans la limite de 12 mois. Elle prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion (sous réserve du paiement de la cotisation) et cesse à la fin de l'épreuve de l'examen du permis de conduire.



## **BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT INDIVIDUEL ACCIDENTS N°6761550604 (stage de conduite)**

### **Je déclare:**

**Certifier exacts les renseignements indiqués sur la demande d'adhésion comme sur le certificat médical et être informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues à l'article L.113-8 du Code des Assurances.**

**Accepter toutes les clauses et conditions du contrat en référence dont il reconnaît avoir pris connaissance.**

"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 pour l'établissement des Conditions Particulières ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- . Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés. Que mes données peuvent être utilisées 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.
- . Que je dispose 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 me concernant.
- . Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus."

Signature du bénéficiaire ou de son représentant

Fait A ..... Le.....

### **Cabinet AMALRIC depuis 1930**

Étude et gestion de risques de toute nature / entreprises / commerçants / particuliers/ risques spéciaux

SAS au capital de 37 000 € - SIRET 479 414 716 000 15 - RCS Castres B 479 414 716 - N° de gestion 2004 B 357  
TVA FR 37 479 414 716 - N° ORIAS 07 001 556 - www.orias.fr

