



réinventons / notre métier

AFI assurances
Immeuble Espace Europe 2
3 rue Marcel Carné
91042 EVRY CEDEX
Tél. : 01 83 77 57 00 / Fax : 01 83 77 57 60
relationclient@afiasurances.fr

Réservé à votre interlocuteur AXA

Portefeuille : **CR012764** . N° Client : _____

1^{er} réalisateur : _____ Matricule : _____

2^e réalisateur : _____ Matricule : _____

Protection Familiale Intégr@le

Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Demande de souscription

► Je complète mes coordonnées

Prénom, Nom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ N° de téléphone : _____
 CSP : Salarié TNS Autre **Situation de Famille** : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Autre

► Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Formule	Seuil d'intervention ⁽¹⁾	Indemnisation ⁽¹⁾	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique	Protection Familiale Intégr@le Seniors Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique
<input type="checkbox"/> Référence Individuelle	Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	13 €	15 €
<input type="checkbox"/> Référence Famille			22 €	24 €
<input type="checkbox"/> Confort Individuelle	Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	17 €	20 €
<input type="checkbox"/> Confort Famille			30 €	34 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : _____ Nombre d'enfants : _____
 Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors** ↑

Soit, pour une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

► Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie

Formule	Seuil d'intervention	Indemnisation	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le Garantie des Accidents de la Vie	Protection Familiale Intégr@le Seniors Garantie des Accidents de la Vie
<input type="checkbox"/> Référence Individuelle	Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	6 €	8 €
<input type="checkbox"/> Référence Famille			12 €	16 €
<input type="checkbox"/> Confort Individuelle	Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	10 €	13 €
<input type="checkbox"/> Confort Famille			20 €	26 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : _____ Nombre d'enfants : _____
 Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors** ↑

Soit, pour une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

(1) Valable uniquement pour la garantie des accidents de la vie.

(2) Les garanties accidents de la vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le n° 170400A.

► Mon contrat

Date d'effet du contrat : _____ Sans indication de date d'effet ci-contre, votre contrat prend effet le jour de signature de la présente demande de souscription. Il est souscrit pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Les Conditions Particulières qui constituent votre contrat vous seront adressées dès enregistrement.

Fractionnement de la cotisation Mensuel (prélèvement automatique obligatoire) Semestriel Annuel Paiement par prélèvement Oui, le 05 ou le 10 du mois Non

Si votre contrat fait suite à celui d'un autre organisme, indiquez ci-dessous :
 Le nom de cet organisme : _____ La date d'échéance principale du contrat : _____

Souhaitez-vous que nous prenions en charge les formalités de résiliation après de votre assureur précédent ? Oui Non

► Je souscris

Oui, je souscris au contrat Protection Familiale Intégr@le et déclare avoir pris connaissance et accepté les termes des conditions générales du contrat Protection Familiale Intégr@le n° 170400 A.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

N'oubliez pas de joindre un RIB

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fautive déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. J'autorise mon assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat à communiquer les données me concernant, recueillies à l'occasion de la souscription ou de la gestion de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités, sous-traitants et à ses collaborateurs tant en France qu'au Maroc, au Canada ou à l'île Maurice et ce en vertu d'une autorisation de la CNIL. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant auprès d'AXA - Service d'information Clients, 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisés par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre

Autorisation de prélèvement

Titulaire du compte à débiter

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Organisme créancier

AXA France Vie

Siège social : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Numéro national d'émetteur : 391832

Compte à débiter

code banque | code guichet | code compte | clé RIB

Raison sociale : _____

Adresse : _____



Signature :

Fait à : _____

Le : _____





réinventons / notre métier

Afl assurances
Immeuble Espace Europe 2
3 rue Marcel Carné
91042 EVRY CEDEX
Tél. : 01 83 77 57 00 / Fax : 01 83 77 57 60
relationclient@aflassurances.fr

Réservé à votre interlocuteur AXA

Portefeuille : **CR012764** . N° Client : _____

1^{er} réalisateur : _____ Matricule : _____

2^e réalisateur : _____ Matricule : _____

Protection Familiale Intégr@le

Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Demande de souscription

► Je complète mes coordonnées

Prénom, Nom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ N° de téléphone : _____
CSP : Salarié TNS Autre **Situation de Famille** : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Autre

► Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Formule	Seuil d'intervention ⁽¹⁾	Indemnisation ⁽¹⁾	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique	Protection Familiale Intégr@le Seniors Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique
<input type="checkbox"/> Référence Individuelle	Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	13 €	15 €
<input type="checkbox"/> Référence Famille			22 €	24 €
<input type="checkbox"/> Confort Individuelle	Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	17 €	20 €
<input type="checkbox"/> Confort Famille			30 €	34 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : _____ Nombre d'enfants : _____
Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors** ↑

Soit, pour une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

► Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie

Formule	Seuil d'intervention	Indemnisation	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le Garantie des Accidents de la Vie	Protection Familiale Intégr@le Seniors Garantie des Accidents de la Vie
<input type="checkbox"/> Référence Individuelle	Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	6 €	8 €
<input type="checkbox"/> Référence Famille			12 €	16 €
<input type="checkbox"/> Confort Individuelle	Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	10 €	13 €
<input type="checkbox"/> Confort Famille			20 €	26 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : _____ Nombre d'enfants : _____
Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors** ↑

Soit, pour une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

(1) Valable uniquement pour la garantie des accidents de la vie.

(2) Les garanties accidents de la vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le n° 170400A.

► Mon contrat

Date d'effet du contrat : _____ Sans indication de date d'effet ci-contre, votre contrat prend effet le jour de signature de la présente demande de souscription. Il est souscrit pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Les Conditions Particulières qui constituent votre contrat vous seront adressées dès enregistrement.

Fractionnement de la cotisation Mensuel (prélèvement automatique obligatoire) Semestriel Annuel Paiement par prélèvement Oui, le 05 ou le 10 du mois Non

Si votre contrat fait suite à celui d'un autre organisme, indiquez ci-dessous :
 Le nom de cet organisme : _____ La date d'échéance principale du contrat : _____

Souhaitez-vous que nous prenions en charge les formalités de résiliation après de votre assureur précédent ? Oui Non

► Je souscris

Oui, je souscris au contrat Protection Familiale Intégr@le et déclare avoir pris connaissance et accepté les termes des conditions générales du contrat Protection Familiale Intégr@le n° 170400 A.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

N'oubliez pas de joindre un RIB

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une faute déclarée prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. J'autorise mon assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat à communiquer les données me concernant, recueillies à l'occasion de la souscription ou de la gestion de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités, sous-traitants et à ses collaborateurs tant en France qu'au Maroc, au Canada ou à l'île Maurice et ce en vertu d'une autorisation de la CNIL. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant auprès d'AXA - Service d'information Clients, 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisés par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre



réinventons / notre métier

Afl assurances
Immeuble Espace Europe 2
3 rue Marcel Carné
91042 EVRY CEDEX
Tél. : 01 83 77 57 00 / Fax : 01 83 77 57 60
relationclient@aflassurances.fr

Réservé à votre interlocuteur AXA

Portefeuille : **CR012764** . N° Client : _____

1^{er} réalisateur : _____ Matricule : _____

2^e réalisateur : _____ Matricule : _____

Protection Familiale Intégr@le

Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Demande de souscription

► Je complète mes coordonnées

Prénom, Nom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ N° de téléphone : _____
CSP : Salarié TNS Autre **Situation de Famille** : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Autre

► Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie - Protection Juridique des Risques liés à Internet

Formule	Seuil d'intervention ⁽¹⁾	Indemnisation ⁽¹⁾	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le - Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique	Protection Familiale Intégr@le Seniors Garantie des Accidents de la Vie + Protection Juridique
<input type="checkbox"/> Référence Individuelle	Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	13 €	15 €
<input type="checkbox"/> Référence Famille			22 €	24 €
<input type="checkbox"/> Confort Individuelle	Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	17 €	20 €
<input type="checkbox"/> Confort Famille			30 €	34 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : _____ Nombre d'enfants : _____
 Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors** ↑

Soit, pour une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

► Je choisis la Garantie des Accidents de la Vie

Formule	Seuil d'intervention	Indemnisation	Tarif TTC / mois	
			Protection Familiale Intégr@le Garantie des Accidents de la Vie	Protection Familiale Intégr@le Seniors Garantie des Accidents de la Vie
<input type="checkbox"/> Référence Individuelle	Indemnisation à partir de 30 % d'invalidité permanente (ex. perte d'une jambe)	• Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti et par personne assurée victime d'un accident de la vie ⁽²⁾	6 €	8 €
<input type="checkbox"/> Référence Famille			12 €	16 €
<input type="checkbox"/> Confort Individuelle	Indemnisation à partir de 5 % d'invalidité permanente (ex. perte d'un pouce)	• Remboursement des frais funéraires dans la limite de 5 000 € par assuré décédé	10 €	13 €
<input type="checkbox"/> Confort Famille			20 €	26 €

Date de naissance de la personne la plus âgée assurée au contrat : _____ Nombre d'enfants : _____
 Si l'âge de cette personne est compris entre **66 et 77 ans** l'année de souscription, application du tarif **Protection Familiale Intégr@le Seniors** ↑

Soit, pour une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant _____ €

(1) Valable uniquement pour la garantie des accidents de la vie.

(2) Les garanties accidents de la vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance Protection Familiale Intégr@le n° 170400A.

► Mon contrat

Date d'effet du contrat : _____ Sans indication de date d'effet ci-contre, votre contrat prend effet le jour de signature de la présente demande de souscription. Il est souscrit pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Les Conditions Particulières qui constituent votre contrat vous seront adressées dès enregistrement.

Fractionnement de la cotisation Mensuel (prélèvement automatique obligatoire) Semestriel Annuel Paiement par prélèvement Oui, le 05 ou le 10 du mois Non

Si votre contrat fait suite à celui d'un autre organisme, indiquez ci-dessous :
 Le nom de cet organisme : _____ La date d'échéance principale du contrat : _____

Souhaitez-vous que nous prenions en charge les formalités de résiliation après de votre assureur précédent ? Oui Non

► Je souscris

Oui, je souscris au contrat Protection Familiale Intégr@le et déclare avoir pris connaissance et accepté les termes des conditions générales du contrat Protection Familiale Intégr@le n° 170400 A.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

N'oubliez pas de joindre un RIB

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une faute déclarée prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. J'autorise mon assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de mon contrat à communiquer les données me concernant, recueillies à l'occasion de la souscription ou de la gestion de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités, sous-traitants et à ses collaborateurs tant en France qu'au Maroc, au Canada ou à l'île Maurice et ce en vertu d'une autorisation de la CNIL. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant auprès d'AXA - Service d'information Clients, 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisés par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre

AXA France Vie. Société anonyme au capital de 487 725 053,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre. **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex.

Juridica. Société anonyme au capital de 8 377 134,03 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles - 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly le Roi. Entreprises régies par le Code des assurances - Autorité de contrôle Prudential Secteur Assurance (ACP) - 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex

réinventons / notre métier 