BENARD et SEVESTRE ASSURANCES
ASSURANCES, BANQUES et PLACEMENTS
BP 51
77103 Meaux cedex
☎ 01.60.09.43.43
Fax 01.60.09.43.44
N° ORIAS : 07011615 / 07011780
Email : **contact@assurance-chasse.eu**
Site internet : **www.assurance-chasse.eu**

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

Formule	Seuil d'intervention	Indemnisation	Tarif TTC /mois	
			Garantie des Accidents de la Vie	Garantie des Accidents de la Vie Seniors
		• **Jusqu'à 1 000 000 € par événement garanti** et par personne assurée victime d'un accident de la vie[2]		
❑ **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	**7.20** € /mois	**9.37** € /mois
❑ **Confort Famille**			**14.41** € /mois	**18.74** € /mois

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 **Seniors**

Les garanties accidents de la vie s'exercent dans les limites et conditions prévues au contrat d'assurance 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 **Garantie des Accidents de la Vie** et déclare avoir pris connaissance et accepté les termes des conditions générales du contrat 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 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'Ile 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 utilisées par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre ❑.

Exemplaire AXA