

NOUSCONTACTER

AGENCE ANTHONY CORNEILLE
Service dédié Fondation Kastler
2, Avenue de Verdun
25110 Baume-Les-Dames
☎ **0381845050**
agence.corneille@axa.fr
FIA : 31359 – ORIAS n° 21000063



Assurance et Banque

**BULLETIN DE DEMANDE D'ADHESION
FONDATION ALFRED KASTLER**

L'ADHERENT

Numéro de Chercheur invité (obligatoire) (N° inscription Fnak) :
Nom et adresse de l'hôte (laboratoire, université, ...) :
Durée du séjour scientifique : Date de début / / Date de fin : / / Indéterminé

Date de début des garanties : / / Date de fin des garanties : / /

Nom d'usage (majuscule) :
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Nationalité : Pays d'origine :
Adresse :
Code postal : Ville :
Situation de l'adhérent : Marié Célibataire, veuf, divorcé, séparé Union civile ou concubinage Sexe : M F
Email : Téléphone :
Adresse dans le pays d'origine :

LES AYANTS DROITS BENEFICIAIRES DES GARANTIES

CONJOINT, PARTENAIRE EN UNION CIVILE, CONCUBIN / Nom :
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Sexe : M F Nationalité : Pays d'origine :

1^{ère} ENFANT / Nom :
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Sexe : M F Nationalité : Pays d'origine :

2^{ème} ENFANT / Nom :
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Sexe : M F Nationalité : Pays d'origine :

3^{ème} ENFANT* / Nom :
Prénom(s) : Date de naissance : / /
Sexe : M F Nationalité : Pays d'origine :

*A compter du 4^{ème} enfant merci de compléter les informations sur papier libre

CHOIX DES GARANTIES

FRAIS DE SANTE

Je souhaite adhérer à la garantie Santé OUI - NON

GARANTIES AU 1^{ER} EURO (pour les adhérents ne bénéficiant pas de la Sécurité Sociale) :

Formule 1 (CJ n° 228155688) - Formule 2 (CJ n° 228155689) - Formule 3 (CJ n° 228155690) - Formule 4 (CJ n° 228155691)

GARANTIES EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (pour les adhérents bénéficiant de la Sécurité Sociale) :

Formule 1 (CJ n° 228155692) - Formule 2 (CJ n° 228155693) - Formule 3 (CJ n° 228155694) - Formule 4 (CJ n° 228155695)

PREVOYANCE

Je souhaite adhérer à la garantie Prévoyance OUI - NON

Adhérent	< 30 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59ans	60 - 64 ans
<i>Les cotisations annuelles fixées en euros évoluent en fonction de l'âge de l'Adhérent. Capital garanti en % du PASS en vigueur à la date de l'évènement</i>						
<input type="checkbox"/> Option 1	21 €	23 €	29 €	49 €	127 €	228 €
<input type="checkbox"/> Option 2	42 €	47 €	58 €	98 €	254 €	456 €
<input type="checkbox"/> Option 3	85 €	93 €	117 €	195 €	509 €	912 €

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES

J'ai pris note que l'assurance décès toutes causes prévoit, en fonction de l'option choisie, le versement d'un capital forfaitaire en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité sociale au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès, ou à moi-même de manière anticipée en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

- J'opte pour la désignation qui stipule que le capital décès revient :
- Au conjoint de l'adhérent non séparé judiciairement, à défaut son partenaire avec lequel il était en union civile,
 - À défaut, par parts égales entre eux, les enfants de l'adhérent, vivants ou représentés et les enfants à charge du conjoint,
 - À défaut, par parts égales entre eux, les parents de l'adhérent ou le survivant d'entre eux,
 - À défaut les héritiers de l'adhérent selon la dévolution successorale.

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

.....

.....

.....

.....

.....

Nous attirons votre attention sur le fait que la désignation devient irrévocable (sauf cas de révocation du bénéficiaire légalement permise) en cas d'acceptation du bénéficiaire.

DECLARATION DE BONNE SANTE

- Je déclare
- Ne pas être actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident,
 - Ne pas bénéficier d'une prise en charge au titre d'une ALD (Affection de Longue Durée) ou d'une prise en charge à 100% au titre de l'assurance maladie ou de tout autre organisme, ou ne pas en avoir fait la demande,
 - Ne pas bénéficier ou avoir bénéficié d'une rente d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou d'une rente d'invalidité, de tout régime, avec un taux d'incapacité permanente de plus de 50%.

INFORMATIONS IMPORTANTES

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L113-8 (nullité de l'adhésion) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT EN CAS DE DECES

Je souhaite adhérer à la garantie Assistance Rapatriement OUI - NON

Rapatriement dans le pays d'origine en cas de décès :

..... Personne(s) * 15,40 € = €

CHOIX DES GARANTIES HABITATION

Je souhaite adhérer à la garantie Multirisque Habitation OUI - NON

Type d'habitation : appartement maison

Si appartement : rez de chaussée non

Nombre de pièces du logement :

(y compris vérandas mais exclut : cuisine, entrée, dégagement, sanitaires, couloirs)

Logement meublé : oui non

Valeur du mobilier : 10 000€ 15 000€ Autres montant :€

Mode de chauffage : Electrique Fuel Bois Autre (préciser) :

RESPONSABILITE CIVILE ET VIE PRIVEE

Je souhaite adhérer à la garantie Responsabilité Civile et Vie Privée OUI - NON

..... Personne(s) * 32,00 € = €

LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE 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 e-mail 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 e-mail (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 .

Je soussigné,

- Demande à adhérer au(x) contrat(s) d'assurances collectives mentionné(s) ci-dessus,
- Certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à mon adhésion au(x) contrat(s), qu'elles aient été ou non écrites de ma main,
- Déclare avoir pris connaissance de la Notice d'information comportant les dispositions des conditions générales du contrat d'assurance groupe souscrit par la Fondation Nationale Alfred Kastler.

Fait à :

Signature de l'Adhérent précédée de la mention

Le / /

« lu et approuvé »

Important : Tout imprimé chargé, raturé, faisant apparaître plusieurs écritures ou l'utilisation de stylos différents sera systématiquement retourné à l'adhérent.

PIECES JUSTIFICATIVES

En complément du présent document complété et signé :

- Un RIB (Relevé d'Identité Bancaire) de votre banque en France dès que possible uniquement pour garantie santé,
- Une copie de votre attestation de Sécurité Sociale (si demande de souscription en complément de la Sécurité Sociale),
- L'email de la réception de votre Numéro de Chercheur Invité par votre Centre Euraxess ou la FNAK,
- Une pièce d'identité par personne à assurer.

Ces documents sont indispensables pour le traitement de votre souscription.

Vous pouvez nous faire parvenir votre règlement :

- Par chèque à l'ordre d'AXA Assurances,
- Par virement en demandant notre RIB.

ATTENTION :

Les garanties sont accordées pendant la période demandée et au maximum pour un an ferme, il n'y a pas de renouvellement automatique. Pour renouveler, vous devez nous envoyer une nouvelle demande complète avec tous les justificatifs.

Toutes les personnes d'une même famille doivent souscrire aux mêmes garanties.