

L'assuré

Mme M. Nom d'usage : _____
 Nom de naissance : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____

 Code postal : |_|_|_|_| Ville : _____
 Tél : |_|_|_|_|_| Né(e) le : |_|_|_|_|_|
 à (lieu, département, pays) : _____
 Document d'identité : Carte d'identité Passeport
 N° de document d'identité* : _____
* pour les passeports et anciennes cartes d'identité, n° du timbre

Le conjoint s'il souscrit simultanément

Mme M.
 Nom d'usage : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Né(e) le : |_|_|_|_|_|
 à (lieu, département, pays) : _____
 Document d'identité : Carte d'identité Passeport
 N° de document d'identité* : _____
* pour les passeports et anciennes cartes d'identité, n° du timbre

Garanties souscrites (cotisations mensuelles)

Je souhaite souscrire à la garantie Blessures de Malakoff Humanis Protection blessures : Cochez la formule retenue

Votre capital en cas de décès accidentel est de 5 000 € et l'assistance est incluse.

FORMULE BLESSURES 4 000 €		FORMULE BLESSURES 6 000 €		FORMULE BLESSURES 8 000 €		FORMULE BLESSURES 12 000 €	
Seul	Couple/Famille	Seul	Couple/Famille	Seul	Couple/Famille	Seul	Couple/Famille
<input type="checkbox"/> 9,98 €	<input type="checkbox"/> 17,96 €*	<input type="checkbox"/> 14,85 €	<input type="checkbox"/> 26,72 €*	<input type="checkbox"/> 19,71 €	<input type="checkbox"/> 35,48 €*	<input type="checkbox"/> 29,45 €	<input type="checkbox"/> 53,00 €*

Je souhaite souscrire à la garantie Décès Accidentel de Malakoff Humanis Protection blessures : Cochez la formule retenue

	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Solo	<input type="checkbox"/> 2,00 €	<input type="checkbox"/> 3,00 €	<input type="checkbox"/> 4,00 €	<input type="checkbox"/> 6,00 €	<input type="checkbox"/> 8,00 €	<input type="checkbox"/> 9,98 €	<input type="checkbox"/> 12,00 €	<input type="checkbox"/> 14,00 €	<input type="checkbox"/> 16,00 €	<input type="checkbox"/> 18,00 €	<input type="checkbox"/> 19,98 €
Couple (- 20 %)	<input type="checkbox"/> 3,60 €	<input type="checkbox"/> 5,40 €	<input type="checkbox"/> 7,20 €	<input type="checkbox"/> 10,80 €	<input type="checkbox"/> 14,40 €	<input type="checkbox"/> 17,96 €	<input type="checkbox"/> 21,60 €	<input type="checkbox"/> 25,20 €	<input type="checkbox"/> 28,80 €	<input type="checkbox"/> 32,40 €	<input type="checkbox"/> 35,96 €

* Soit 20 % de réduction sur la cotisation de mon conjoint.

Désignations des bénéficiaires en cas de décès

Moi, je désigne comme bénéficiaire(s) du capital décès :

- Mon conjoint, à défaut, mes enfants par parts égales, nés, à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers.
ou
 Autre(s) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-après : _____
 _____ à défaut mes héritiers par parts égales.

Mon conjoint, je désigne comme bénéficiaire(s) du capital décès :

- Mon conjoint, à défaut, mes enfants par parts égales, nés, à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers.
ou
 Autre(s) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-après : _____
 _____ à défaut mes héritiers par parts égales.

- OUI**, après avoir reçu et lu la fiche conseil émise par mon intermédiaire d'assurance à l'issue de mon échange avec lui, je demande à souscrire au contrat Malakoff Humanis Protection blessures assuré auprès d'AUXIA, pour les garanties de prévoyance et auprès d'AUXIA ASSISTANCE pour les garanties d'assistance. Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.

PROTECTION BLESSURES

Contrat souscrit auprès d'AUXIA et AUXIA Assistance

J'ai bien noté que je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de mon contrat. Pour exercer ce droit, il me suffit d'adresser un courrier de renonciation à Auxia, Protection Blessures, TSA 10001 - 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX. Je déclare sur l'honneur :

- avoir reçu et pris connaissance des Conditions générales (Réf 12569) intégrant le tableau des garanties.
- n'avoir à ce jour aucune blessure qui ne serait définitivement soignée.
- qu'à ce jour, si j'ai souscrit l'assurance Couple/Famille, mon conjoint (ou concubin), mes enfants mineurs et moi n'avons aucune blessure qui ne serait pas définitivement soignée.

Date : |_|_|_|_|_|

Signature du souscripteur

Date : |_|_|_|_|_|

Signature du conjoint

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) AUXIA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AUXIA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal |_|_|_|_|_| Ville _____ Pays _____

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DE COMPTE BANCAIRE

IBAN (International Bank Account Number) |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
 BIC (Bank Identifier Code) |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

IMPORTANT : Retournez cet imprimé en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire. MERCI DE REMPLIR CE COUPON INTÉGRALEMENT

Fait à : _____

Le |_|_|_|_|_|

SIGNATURE

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

ORGANISME CRÉANCIER : AUXIA – Correspondance : TSA 10001 - 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX
 Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris
 RUM* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| IDENTIFIANT ICS : |F|R|5|6|Z|Z|3|8|8|4|5|7|
*La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.
 N° DE CONTRAT : _____

Par la présente, j'autorise AUXIA à procéder au premier prélèvement dès réception du mandat de prélèvement sans attendre le terme du délai de 14 jours normalement prévu pour ce type d'opérations.

POUR COMPLÉTER VOTRE DEMANDE DE SOUSCRIPTION, C'EST TRÈS SIMPLE !

1- Complétez vos coordonnées et celles de votre conjoint, si nécessaire.

2- Cochez la formule **Protection Blessures** de votre choix. Profitez de la formule couple et bénéficiez de 20 % de réduction pour votre conjoint.

3- Cochez la garantie **Capital Décès Accidentel (facultatif)**. Profitez de la formule couple et bénéficiez de 20 % de réduction pour votre conjoint.

4- Complétez la désignation de bénéficiaires de votre **Capital Décès Accidentel**

5- Dater et signez votre demande de souscription.

6- Complétez votre **mandat de prélèvement SEPA** et joignez un **RIB** (relevé d'identité bancaire).

ENCORE PLUS SIMPLE ! NOS CONSEILLERS VOUS ACCOMPAGNENT PAS À PAS.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Auxia et Auxia Assistance, ci-après désignés Malakoff Humanis, responsables de traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP) : Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - N° Orias 19000811 - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 840 599 930 • **AUXIA** : SA au capital de 74 545 776 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris - 422 088 476 RCS Paris • **AUXIA ASSISTANCE** : SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris. Des organismes du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte 75009 Paris - malakoffhumanis.com

Comment remplir ce mandat ?

1 Indiquez les coordonnées du titulaire du compte

2 Vous trouverez ces informations sur votre relevé d'identité bancaire

4 N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire

3 Indiquez le lieu, la date et signez