

Souscription associative

N° Affiliation

ASSOCIATION AFFILIEE

« COMPLEMENTAIRE INDIVIDUELLE
DE PERSONNES » - C.I.P. - LICENCIES UFOLEP

**Cette C.I.P. est spécifiquement réservée aux licenciés UFOLEP
EXERCANT DES ACTIVITES R1, R2, R3, R5 OU R6**

DESIGNATION DE LA FEDERATION OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

Les présentes garanties accordées par la Mutuelle Accidents de la Confédération Générale des Oeuvres Laïques -dite M.A.C.- (mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – immatriculation au registre des mutuelles 331903757) sont complémentaires à la formule d'assurance de base annuelle déjà souscrite ou renouvelée.

Rappel des plafonds des garanties Individuelle Accident de base dites « Assurance de personnes » :

Prestations complémentaires : **458 €** Invalidité : **30.490 €** Décès accidentel : **7.623 €**.

La présente extension régie par les dispositions des Conventions Spéciales et Conditions Générales de la « Multirisque Adhérents Association » a pour objet **d'élever les plafonds ci-dessus** selon les options figurant au tableau ci-après.

Nature des garanties	Option 1	Option 2	Option 3
Prestations complémentaires	1.525 €	1.525 €	1.525 €
Invalidité permanente : de 1 à 50 % de 51 à 100 %	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50 %	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50 % (sans excéder 152.450 €)	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50 %
Décès accidentel	15.245 €	30.490 € + 7.623 € au conjoint + 3.812 € par enfant à charge (capital total maximum de 60.980 €)	sans élévation

Observations : l'option 3 est **seulement réservée** aux mineurs n'exerçant pas une activité salariée ou aux étudiants jusqu'à 25 ans inclus fiscalement à charge de leurs parents. Le capital de base de 7.623 € demeure acquis. L'option 1 ou 2 est cependant accessible à ceux-ci.

Date de souscription (1) _____ Première demande OUI NON Si NON, n° dossier _____

**ATTENTION, CE CONTRAT N'EST PAS A RECONDUCTION AUTOMATIQUE.
LES GARANTIES CESSENT LE 31 AOUT, VOUS DEVEZ EN DEMANDER LE RENOUELEMENT.**

Joindre **OBLIGATOIREMENT** la **LISTE DES BENEFICIAIRES** quelqu'en soit le nombre, et qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement ou d'un complément de souscription en cours d'année.
Utiliser à cet effet l'ANNEXE C.I.P.

Option 1 - Nbre adhérents (2) _____ X _____ € = _____ €
Option 2 - Nbre adhérents (2) _____ X _____ € = _____ €
Option 3 - Nbre adhérents (2) _____ X _____ € = _____ €

TOTAL GENERAL _____ €

(1) Au plus tôt le lendemain à 0 h de la réception du bordereau par le Service Assurance Départemental APAC.

(2) Ce nombre doit correspondre à celui indiqué au titre de l'Annexe CIP à joindre à la présente souscription.

Cachet de la Délégation	Cadre réservé à la Délégation	Je, soussigné _____ responsable de l'association, déclare disposer de la notice « Multirisque Adhérents Association » et accepter sans réserve les garanties précisées dans ce document. A _____ le _____ Signature :
-------------------------	-------------------------------	---

N° Affiliation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSOCIATION AFFILIEE

**ANNEXE « COMPLEMENTAIRE
INDIVIDUELLE DE PERSONNES »
- C.I.P. -**

N° Association

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSOCIATION NON AFFILIEE

DESIGNATION DE LA FEDERATION OU DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____

Date de réception à la Délégation _____

N° Dossier, le cas échéant _____

LISTE OBLIGATOIRE DES BENEFICIAIRES

quelqu'en soit le nombre et qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement ou d'un complément de souscription en cours d'année.
Utiliser plusieurs annexes si nécessaire.

	Nom et prénom usuel du bénéficiaire (en capitales)	Date de Naissance	Catégorie souscrite *		
			Option 1	Option 2	Option 3
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
Total par catégorie					

* Mettre une croix dans la case correspondant à la catégorie souscrite.

Cachet de la Délégation	Cadre réservé à la Délégation	Je, soussigné _____ responsable de l'association, certifie exacts les renseignements figurant ci-dessus. A _____ le _____ Signature :
-------------------------	-------------------------------	--