

# Bulletin d'Adhésion



Numéro Orias 1800848

Ce document est à compléter et à renvoyer **daté et signé**, accompagné de la copie de votre pièce d'identité et d'un RIB comportant les mentions **BIC – IBAN** à l'adresse suivante :  
**ACAD Assurance, 67 Avenue Georges Clemenceau, 92000 Nanterre**

## € Votre cotisation annuelle

**Cochez votre cotisation**

### FORMULE Individuelle

30€ 18 à 29 ans

60€ 30 à 59 ans

79€ 60 à 69 ans

### FORMULE Familiale

80€ 18 à 59 ans

99€ 60 à 69 ans

Assistance téléphonique  
**09 84 39 97 19**

## Vos Coordonnées

**i** Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

### Adresse Postale :

N° Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**📞** Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

	Assuré(e)	Nom et Prénom	Date de naissance
	CONJOINT(E)		
1	Enfant		
2	Enfant		
3	Enfant		
4	Enfant		
5	Enfant		
6	Enfant		
7	Enfant		
8	Enfant		

## Mandat de prélèvement SEPA

Cordonnées bancaires - Designation du compte à débiter

Paiement récurrent / répétitif

BIC

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) \*

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN – (International Bank Account Number) \*

### Identifiant du Créancier SEPA

FR38ZZZ858D04

ACAD ASSURANCE

67, avenue Georges Clemenceau

92000 Nanterre, France

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **ACAD ASSURANCE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ACAD ASSURANCE**. 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, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Lieu \*

Date \* JJ/MM/AAAA

**Veillez signer ici \***

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

**Les conditions complètes du contrat sont disponibles à notre agence.**

# Extrait des conditions du contrat d'assurance assistance rapatriement

## Maghreb

### DEFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

**Gestionnaire du contrat (Contrat N° 3903) :**  
**ACAD ASSURANCE** – 67, avenue Georges Clemenceau – 92000 Nanterre  
 Siret : 84341742900019 – TVA FR 248437429

**Assurés :**  
 Désignent l'ensemble des adhérents ayant souscrit au présent Contrat auprès de leur courtier ou association. Ces personnes doivent être domiciliées en France et être âgées de **moins de 70 ans** lors de la souscription au contrat.

**Bénéficiaires :**  
 \* L'Assuré,  
 \* Les membres de sa famille, lorsque la formule famille a été souscrite. Le rapatriement de corps des enfants morts nés, à partir de **22 semaines de grossesse**, est pris en charge, si cette formule a été souscrite.

**Famille :** Les parents ainsi que **les enfants fiscalement à charge jusqu'à leurs 18 ans, dans la limite de 8 enfants**. Le Chef de famille est la personne la plus âgée de la famille.

**Domicile :** Votre lieu de résidence principal et habituel en France. En cas de litige, l'adresse fiscale constitue le domicile.

**Territorialité :** La France et le Maghreb.

**Événements garantis :** Décès en France ou au Maghreb.

**France :** La France Métropolitaine (y compris la Corse), la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et la Réunion.

**Maghreb :** L'Algérie, le Maroc et la Tunisie.

**Accident :** Altération brutale de la santé provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure non intentionnelle de la part de la victime constatée par une autorité médicale compétente entraînant la délivrance d'une ordonnance de prise de médicaments au profit du malade et impliquant la cessation de toute activité professionnelle.

**Maladie :** Altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Frais de cercueil :** Frais de conditionnement et de cercueil, nécessaires au transport et conformes à la législation locale.

**Frais funéraires :** Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation.

**Franchise :** Part du sinistre laissée à la charge du Bénéficiaire/Assuré prévue par le contrat en cas d'indemnisation à la suite d'un sinistre. La franchise peut être exprimée en montant, en pourcentage, en jour, en heure, ou en kilomètre.

**Sinistre :** Événement à caractère aléatoire de nature à déclencher la garantie du présent contrat.

**Nullité :** Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

**DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE :**  
 Le Contrat garantie des garanties d'assurance en cas de décès du bénéficiaire.

EN CAS DE DECES D'UNE PERSONNE ASSUREE EN FRANCE.	PLAFOND DE 3000 € PAR ASSURÉS (Dépassement des frais à charges de la famille)
* Rapatriement de corps * Frais de transport du corps du lieu de décès jusqu'à l'aéroport le plus proche du lieu d'inhumation ou au cimetière de destination du corps. * Frais funéraires * Frais de cercueil * Un Billet d'avion pour un membre de la famille du défunt accompagnant le corps.	PLAFOND DE 1500 € PAR ASSURÉS POUR UN DECES AYANT LIEU AU MAGHREB (Dépassement des frais à charges de la famille)

**PRISE D'EFFET DES GARANTIES/RENOUVELLEMENT :**  
 La date d'effet est indiquée sur la facture/quittance sous réserve de l'encaissement de la cotisation par **ACAD ASSURANCE**.

**MODALITES ET MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES :**  
 Lors du décès d'un assuré, sa famille ou ses proches devront obligatoirement et en premier lieu en informer **ACAD ASSURANCE** afin que la prise en charge puisse être enclenchée et effective. De ce fait, si un autre organisme qu'**ACAD ASSURANCE** est contacté ou si une Pompes Funèbres est mandaté pour l'organisation des obsèques sans l'accord explicite d'**ACAD ASSURANCE**, aucune prise en charge ne sera assurée et la totalité des frais d'obsèques seront à la charge de la (ou des) personne(s) qui auront contacté l'organisme funéraire en question. Pour rappel les frais d'obsèques sont plafonnés à **3000 €**, de ce fait les frais d'obsèques supplémentaires seront à charge de la famille ou des ayants-droit de l'assuré et devront être réglés à l'organisme funéraire. De plus, en aucun cas la famille ou les ayants-droit ne pourront recevoir de remboursement en numéraires, l'assureur ne pourra rembourser que l'organisme funéraire désigné par **ACAD ASSURANCE**.

Concernant la prise en charge des obsèques nous vous informons que nous sommes en partenariat avec la société de **Pompes Funèbres CHAHADA**, de ce fait lorsque le décès sera déclaré vous serez systématiquement rappelés par eux pour l'organisation des obsèques. La garantie s'applique au Maghreb et en France Métropolitaine (y compris la Corse), la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et la Réunion. En cas de décès hors de ses territoires, aucune garantie ne pourra être mise en œuvre, et aucune somme en numéraire ne sera versée à la famille.

**DELAÏ DE CARENCE :** Délai de carence de **six (6) mois** à compter de la date de souscription pour les décès suite à une maladie.

**DUREE DU CONTRAT :** Le contrat à une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au **trente et un (31) décembre de chaque année**.

**CESSATION DU CONTRAT :** La garantie cesse pour le bénéficiaire :  
 Soit au terme du contrat, soit au décès de l'adhérent lorsque celui-ci survient pendant la période d'assurance. Soit à la date de résiliation du contrat par l'assureur.

**COTISATION – PAIEMENT :**  
 Le montant de la cotisation indiqué dans l'appel de cotisation.  
 La cotisation peut être révisée chaque année à l'échéance du contrat. Dans ce cas, le bénéficiaire à la faculté de demander la résiliation du Contrat dans les **trente (30) jours** suivant celui où il a eu connaissance de cette majoration.

**Rappel des tarifs pour l'année 2019 :**

Individuelle 18 à 29 ans	30 € par an	Familiale de 18 ans à 59 ans	80 € par an
Individuelle 30 à 59 ans	60 € par an	Familiale de 60 ans et plus	99 € par an
Individuelle 60 ans et plus	79 € par an		

**Sauf nouvelle inscription - Individuelle au-delà de 69 ans jusqu'au décès : 79 € par an**  
**Sauf nouvelle inscription - Familiale au-delà de 69 ans et jusqu'au décès : 99 € par an.**

Une bascule de catégorie est effectuée lorsque l'assuré atteint l'âge l'amenant à la catégorie supérieur.

**Exemple :** un assuré de 29 ans payant 30 € par an passera à ses 30 ans à la tranche supérieure 30 – 59 ans et paiera donc au prochain renouvellement 60 € par an.

**RENOUVELLEMENT ET DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS :**  
 En cas d'incident de paiement nous suivrons la procédure du code des assurances décrite ci-dessous :

**Article L141-3 du code des assurances :**  
 Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.  
 L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.  
 Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.  
 Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré.

**EXCLUSIONS :**  
**Ne donnent pas lieu à notre intervention :**  
 \* Les frais engagés sans l'accord de l'Assureur,  
 \* Les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire/Assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense,  
 \* L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,  
 \* L'état d'imprégnation alcoolique,  
 \* Le suicide et la tentative de suicide,  
 \* La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l'entraînement en vue de ces compétitions,  
 \* La pratique, à titre professionnel, de tout sport,  
 \* La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,  
 \* Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,  
 \* Les accidents résultants de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,  
 \* L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,  
 \* Les interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,  
 \* L'utilisation par le Bénéficiaire/Assuré d'appareils de navigation aérienne,  
 \* L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu,  
 \* Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire/Assuré conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances,  
 \* Les épidémies, pollutions, catastrophes naturelles, guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, grèves, prise d'otage,  
 \* Tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,  
 \* Les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectants, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents et qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesure préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales en France ou au Maghreb.

La responsabilité de l'assureur ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.

**SANCTION APPLICABLE EN CAS DE FAUSSE DECLARATION A LA SOUSCRIPTION :**  
 Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :  
 \* Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 ;  
 \* Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.

**Extrait produit par ACAD ASSURANCE.**  
 La notice d'information complète de l'assureur est consultable sur simple demande dans nos bureaux.

**Signature précédée de la mention lu et approuvée**