

**Souscription associative**

N° Affiliation

 \_\_\_\_\_  
 ASSOCIATION AFFILIEE 
**« COMPLEMENTAIRE INDIVIDUELLE  
 DE PERSONNES » - C.I.P. - LICENCIES UFOLEP PRATIQUANTS (1)**
**Cette C.I.P. est spécifiquement réservée aux licenciés UFOLEP  
 PRATIQUANT 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
<b>Prestations complémentaires</b>	1.525 €	1.525 €	1.525 €
<b>Invalidité permanente :</b> . 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 %
<b>Décès accidentel</b>	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 (2)** \_\_\_\_\_ Première demande OUI  NON  Si NON, n° dossier \_\_\_\_\_

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

 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.**

<b>Option 1</b>	- Nbre adhérents _____	X	<b>27.05</b>	€ =	_____ €
<b>Option 2</b>	- Nbre adhérents _____	X	<b>39.05</b>	€ =	_____ €
<b>Option 3</b>	- Nbre adhérents _____	X	<b>25.05</b>	€ =	_____ €

**TOTAL GENERAL** \_\_\_\_\_ €

 (1) A noter que les licenciés **UFOLEP Dirigeants** doivent être enregistrés sur le bordereau CIP Souscription associative.  
 (2) Au plus tôt le lendemain à 0 h de la réception du bordereau par le Service Assurance Départemental APAC.

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, prénom usuel du bénéficiaire (en capitales)	Adresse complète	Date de naissance	Catégorie souscrite *		
			Option 1	Option 2	Option 3
<b>Total par catégorie</b>					

\* 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 :
-------------------------	-------------------------------	--

Les garanties sont procurées par la M.A.C. (Mutuelle Accidents de la Confédération Générale des Oeuvres Laiques), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Immatriculation au registre des mutuelles : 331903757 - 3 rue Récamier 75007 PARIS.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à l'APAC la prise en compte de votre demande. Sauf opposition de votre part, nous pouvons être amenés à utiliser ces informations à des fins de prospection. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Pour toute demande, contactez l'APAC 21 rue Saint-Fargeau - CS 72021 - 75989 PARIS CEDEX 20.