Votre Agent Général
EI NORMAN Jérôme
17 Rue Gambetta
81100 CASTRES
Tel: 05.63.59.00.42
agence.norman@axa.fr

N° ORIAS **09050099**
Site ORIAS **www.orias.fr**

Assurance et Banque

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION ASSURANCE DÉCOUVERTE OU STAGE

Contrat n° 10237956804 souscrit auprès d'AXA Assurances

Année 2025-2026

Union Pro QI GONG

L'ASSURÉ :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse : CP / Ville :

- **J'opte pour l'adhésion Découverte ou Stage avec l'assurance individuelle accident qui me donne accès aux garanties ci-dessous, au tarif de 0,50€/an.** OUI ☐ NON ☐
- **J'opte pour l'adhésion Découverte ou Stage sans l'assurance individuelle accident qui me prive des garanties ci-dessous, au tarif de 0,30€/an.** OUI ☐ NON ☐

RÈGLEMENT PAR VIREMENT A UPQG AUX COORDONNÉES BANCAIRES SUIVANTES : IBAN : FR 76 1027 8079 4900 0204 5210 414 BIC : CMCIFR2A

En cas de refus, je reconnais avoir été informé(e) des risques encourus, pouvant porter atteint à mon intégrité physique, lors de la pratique du Qi Gong ou des activités statutaires connexes ou annexes de l'UPQG.
L'engagement de l'assureur ne peut excéder la somme de 1.525.000 € pour l'ensemble des dommages consécutifs à un même événement quel que soit le nombre des victimes.

NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISE
Décès	30 000 €	-
Invalidité Permanente *(capital max)*	50 000 €	10% d'IPP
Incapacité Temporaire ou Indemnités Journalières (IJ) *Pendant 365 jours maximum*	35 € / jour	4 jours
Traitement médical (dont forfait hospitalier) *Sous déduction du régime de base et de la complémentaire éventuelle*	5 000 €	14 jours d'hospitalisation
Frais et soins de prothèses : . Dentaires et orthodontiques . Auditifs, Orthopédiques	300 € 300€	-
Frais d'optique *(monture et verres ou lentilles)*	300 €	-
Frais de transport	250 €	-
Frais de rapatriement	2 000 €	-
Frais de recherche et de sauvetage	2 400 €	-

Je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux Articles L 113 -8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous- traitants, missionnés tant en France que dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- Que la finalité du traitement est la souscription, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance mais que mes données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires :
  - * A la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient.
  - * Dans le cadre de traitements mis en œuvre par l'Assureur dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.
  - * Que, en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnation s et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit au cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformé- ment à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
  - * Que, en sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, que à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
  - * Que mes données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
  - * Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.

Des garanties sont prises par AXA pour assurer un bon niveau de protection des données à caractère personnel. En me rendant sur le site axa.fr à la ru- brique « données personnelles », je trouverai plus de détails sur la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises. Je peux également demander une communication de ces renseignements par voie postale en m'adressant à « AXA – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissances des conditions générales du contrat.

Fait le **à**

Signature de l'Assuré

(obligatoire)

Signature de l'Assureur