

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT SUP-PRAGA

Assurances collectives — Contrat sur-complémentaire santé des Agents Généraux d'Assurance

Nouvelle adhésion

Adjonction

Changement de garantie

1. VOTRE SITUATION PERSONNELLE

M. Mme

Prénom(s) :

Nom :

Date de naissance :

Votre numéro de Sécurité sociale :

Votre référence PRAGA :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Adresse email :@.....

Déclare ne pas me trouver actuellement en Invalidité (percevoir une rente soit du Régime Invalidité Décès CAVAMAC, soit de l'ancien contrat PRAGA Invalidité),

Déclare avoir moins de 75 ans

2. VOTRE SUR-COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SUP-PRAGA

Adhésion : **OPTION 200 %** (n°2282004110000)

OPTION 300 % (n°2282004110010)

Votre famille : Le choix du niveau de garantie par l'adhérent entraîne le même choix pour les bénéficiaires qui lui sont rattachés.

Lien de parenté	Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Partenaire de PACS <input type="checkbox"/> Concubin(e) Depuis le :				<input type="text"/>
Enfants				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>

3. MODALITÉS DE PAIEMENT

J'opte pour le prélèvement mensuel de ma cotisation

Les cotisations seront payables par prélèvement mensuel (de janvier à décembre) sur votre compte bancaire par l'Association PRAGA.

J'opte pour le paiement annuel et d'avance de ma cotisation

Le règlement sera effectué par chèque à l'ordre du souscripteur PRAGA ou par virement unique aux coordonnées bancaires suivantes :

Destinataire : PRAGA SUP

Domiciliation : CIC PARIS INSTITUTIONNELS

IBAN : FR76 3006 6109 2600 0101 3340 190

BIC : CMCIFRPPCOR

4. DÉCLARATION

- Je déclare être membre de l'Association PRAGA et bénéficiaire du contrat « **Garantie Frais de Santé PRAGA 100 %** » des Agents Généraux d'Assurance.
 - Je demande l'adhésion des personnes précitées au contrat SUP-PRAGA, souscrit auprès d'AXA France Vie.
 - Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information, équivalant en contrat d'assurance de groupe à la police d'assurance en contrat d'assurance individuel.
 - Je déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations sociales retraite et maladie obligatoires.
- Dans le cas contraire, mon adhésion sera nulle en application des dispositions de l'Article L 652-4 du Code de la Sécurité sociale.

5. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

AXA

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.**

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

PRAGA

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, PRAGA, en qualité de responsable de traitement, collecte vos données (identité, situation familiale et professionnelle, coordonnées) dans le but de : permettre l'exécution des contrats (RGPD, article 6.1.a) d'assurances de groupe à adhésion obligatoire, conformément à la Convention FFSA-agéa du 16 avril 1996, au profit exclusif des agents généraux et de leurs ayants droit. A partir de ces données, PRAGA établit des statistiques pour le fonctionnement des régimes précités (RGPD, article 6.1.f).

Seuls les personnels habilités de l'association PRAGA ont accès à ces données aux fins précitées.

Les données sont conservées jusqu'à l'extinction complète des droits et obligations des agents généraux d'assurances nés de la souscription des contrats de l'association PRAGA.

L'association PRAGA transmet certaines des données collectées à des organismes tiers (APRIA RSA, agéa).

Certaines informations (identité, situation professionnelle, coordonnées) sont transmises à agéa, Fédération professionnelle représentant les agents généraux d'assurances, en qualité de responsable de traitement - sur le fondement de l'article 6.1.f du RGPD - dans le but : d'établir des statistiques non nominatives sur la profession ; défendre les droits et intérêts sectoriels des agents généraux ; contacter les agents généraux afin de solliciter leur adhésion y compris par voie électronique ; proposer des formations ; faire vivre le régime de prévoyance et de retraite PRAGA, conformément à la Convention FFSA-agéa du 16 avril 1996.

Afin de simplifier la procédure d'adhésion des agents, agéa traite le montant du chiffre d'affaires de l'agent sollicité, pour proposer une cotisation adaptée à son activité.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, ainsi que d'un droit à la limitation du traitement et à la portabilité des données à caractère personnel, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, et notamment le règlement de l'Union Européenne 2016/679 du 27 avril 2016.

Pour exercer vos droits sur vos données personnelles, contactez notre Délégué à la protection des données en précisant l'objet de votre demande et en précisant votre identité :

- Par internet : dpo@praga-assurances.fr
- Par courrier postal à l'adresse suivante : 30, rue Olivier Noyer, 75014 Paris

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

6. SIGNATURE



PRAGA
30, rue Olivier Noyer
CS N° 51432
75676 Paris cedex 14

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Fait à

Le

Signature de l'Adhérent :

Référence unique du mandat - zone exclusivement réservée à PRAGA

En signant et en remplissant intégralement ce formulaire de mandat, vous autorisez PRAGA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PRAGA.

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.

Votre référence

Votre nom

Nom/Prénoms du débiteur

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Vos coordonnées bancaires

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Nom du créancier

PRAGA

ICS : FR45ZZZ422314

30, rue Olivier Noyer

CS N° 51432

75676 Paris cedex 14 - France

Type de paiement

Récurrent/Répétitif

Les données collectées par l'intermédiaire de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont conservées jusqu'à l'extinction complète des droits et obligations des agents généraux d'assurances nés de la souscription des contrats de l'association PRAGA, et seuls les personnels habilités de l'association PRAGA y ont accès. Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, ainsi que d'un droit à la limitation du traitement et à la portabilité des données à caractère personnel, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, et notamment le règlement de l'Union Européenne 2016/679 du 27 avril 2016.

Pour exercer vos droits sur vos données personnelles, contactez notre Délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@praga-assurances.fr.

Signé à

Lieu

Le :

Date : JJ/MM/AAAA

Veillez signer ici

A retourner, impérativement accompagné d'un relevé d'identité bancaire IBAN, à :

PRAGA
30, rue Olivier Noyer
CS N° 51432
75676 Paris cedex 14

Annexe : Frais de Santé SUP-PRAGA 200 % - n° 2282004110000 SUP-PRAGA 300 % - n° 2282004110010

COTISATIONS ANNUELLES 2020

Le montant de la cotisation annuelle par adhérent et pour chacun des membres de sa famille bénéficiaire de la garantie est égal à :

Âge du bénéficiaire <small>(calculé par différence de millésime entre l'année civile en cours et l'année de naissance)</small>	Montant de la cotisation	
	SUP-PRAGA 200 %	SUP-PRAGA 300 %
Moins de 21 ans	155,77 €	309,15 €
21 à 30 ans	173,95 €	329,75 €
31 à 40 ans	199,20 €	445,11 €
41 à 50 ans	223,44 €	486,31 €
51 à 59 ans	291,11 €	642,87 €
60 à 64 ans	322,42 €	682,01 €
65 à 69 ans	326,46 €	691,28 €
70 à 74 ans	350,70 €	730,42 €
75 à 79 ans	386,05 €	753,08 €
80 ans et plus	428,47 €	793,25 €