

OFFRE RESERVEE AUX PERSONNES âgées de moins de 78 ans résidentes en France Métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les Collectivités d'Outre-Mer, à Monaco ou à Andorre.

### TARIFS MENSUELS 2018 (à titre indicatif)

Taux d'Invalidité	Moins de 66 ans		SENIOR* 66 à 77 ans	
	FAMILLE	SOLO	FAMILLE	SOLO
Seuil d'intervention 5 % (vivement conseillé) <small>Si le taux de déficit fonctionnel permanent est égal ou supérieur à 5 %</small>	19,00 €	10,00 €	26,50 €	14,50 €
Seuil d'intervention 30 % <small>Si le taux de déficit fonctionnel permanent est égal ou supérieur à 30 %</small>	12,00 €	7,00 €	16,50 €	8,50 €

SENIOR\* : Prendre le tarif SENIOR si le souscripteur ou une des personnes à assurer dans la famille a 66 ans ou plus.

### ACTIVITES GARANTIES :

Le contrat d'assurance « Garantie des Accidents de la Vie Privée » vous couvre des conséquences financières résultant **d'un accident de la vie privée, qu'il survienne :**

- ✓ **Lors des activités courantes** (activités domestiques, scolaires et de loisirs...)
- ✓ **Lors des sports à risques, pratiqués en qualité d'amateur non rémunéré sans surprime** (Sports aériens tels que l'avion, parapente, ULM, Hélico... / Sports de combat / Sports mécaniques / Plongée sous-marine, Kite, ski, VTT, escalade, etc...)
- ✓ **Lors d'événements exceptionnels** (catastrophes naturelles, industrielles ou technologiques, agressions, actes de vandalisme...)
- ✓ **Lors d'accident médicaux** (résultant d'actes ou de traitements médicaux prescrits par un professionnel de la santé...)

### EXCLUSIONS (se reporter aux conditions générales jointes). Sont exclus notamment :

- La pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel
- Incapacité temporaire de travail (Indemnités journalières)
- Le non-respect de la réglementation
- Les accidents de la circulation, SAUF pour les cas suivants : conducteurs d'un véhicule à 4 roues qui a été loué pour une durée inférieure à trois mois, engin de jardinage autoporteur ou fauteuil roulant, conducteurs de moins de 12 ans lorsqu'ils conduisent un véhicule à moteur pour enfant.

### PERSONNES ASSUREES :

- Le souscripteur, âgé de plus de 18 ans et 77 ans maximum (si formule SENIOR souscrite pour les personnes de 66 à 77 ans), et sa famille (si option « Famille » souscrite).  
Limite d'âge à la souscription : Tous les membres de la famille doivent avoir moins de 78 ans.
- Toutes les personnes doivent résider en France Métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les Collectivités d'Outre-Mer, à Monaco ou en Andorre.

### COUVERTURE TERRITORIALE :

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les Collectivités d'Outre-Mer, à Monaco et en Andorre, dans les territoires des Etats membres de l'Union Européenne, en Islande, au Lichtenstein, en Norvège, à Saint Marin, en Suisse et au Vatican.

Dans le reste du monde pour les voyages et séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.



✓ Une couverture des SPORTS A RISQUES (y compris AVIATION) sans surprime

✓ Un seul contrat pour TOUTE votre famille (si option FAMILLE souscrite)

✓ Une indemnisation rapide en dehors de toute recherche de responsabilité jusqu'à 1 million d'€

For You,



With You...

### LES GARANTIES EN CAS D'ACCIDENT :

- ✓ **SERVICES D'ASSISTANCE** même si le seuil d'intervention n'est pas atteint.
- ✓ **DECES ou DOMMAGES CORPORELS** si le taux de déficit fonctionnel permanent imputable à l'accident est égal ou supérieur au seuil d'intervention choisi.
- ✓ **FRAIS D'OBSEQUES** (plafond 5 000 €)
- ✓ **PLAFOND DE GARANTIE : 1 000 000 €** par personne et par événement.
- ✓ Principe indemnitare, ce qui signifie que cela tient compte de la situation de chaque personne accidentée (âge, profession, revenus...). Les préjudices sont évalués et indemnisés selon le droit commun français (préjudice esthétique, d'agrément, frais de logement adapté, souffrances endurées..).

Garantie PROTECTION JURIDIQUE des risques liés à Internet en option moyennant surprime. Nous contacter.



### BULLETIN DE SOUSCRIPTION 2018 « Garantie des Accidents de la Vie »

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
 Tel : ..... Email : .....  
 Situation de famille : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Profession : .....

**Formule choisie :** **Cochez ou entourez votre choix** Si vous vivez en couple (mariage, PACS, concubinage) ou si vous avez des enfants mineurs ou résidant sous votre toit, nous vous conseillons la formule « FAMILLE ». La formule « SOLO » couvre une seule personne (celle désignée au contrat).

Taux d'invalidité	Moins de 66 ans		SENIOR* 66 à 77 ans	
	FAMILLE	SOLO	FAMILLE	SOLO
<b>Seuil d'intervention 5 % (vivement conseillé)</b>	<input type="checkbox"/> 19 € / mois*	<input type="checkbox"/> 10 € / mois*	<input type="checkbox"/> 26,50 € / mois*	<input type="checkbox"/> 14,50 € / mois*
<small>Si le taux de déficit fonctionnel permanent est égal ou supérieur à 5 %</small>				
<b>Seuil d'intervention 30 %</b>	<input type="checkbox"/> 12 € / mois*	<input type="checkbox"/> 7 € / mois*	<input type="checkbox"/> 16,50 € / mois*	<input type="checkbox"/> 8,50 € / mois*
<small>Si le taux de déficit fonctionnel permanent est égal ou supérieur à 30 %</small>				

#### Si option « FAMILLE » souhaitée :

**Conjoint :** Nom et Prénom : ..... Date naissance : ...../...../.....  
**Enfant 1 :** Nom et Prénom : ..... Date naissance : ...../...../.....  
**Enfant 2 :** Nom et prénom : ..... Date naissance : ...../...../.....  
**Enfant 3 :** Nom et prénom : ..... Date naissance : ...../...../.....

#### Antécédents d'assurances :

Avez-vous un contrat couvrant un risque de même nature auprès d'une société d'assurance, ayant été résilié pour sinistre au cours des 24 derniers mois ?  OUI  NON  
 Avez-vous d'autres contrats en cours couvrant tout ou partie des mêmes risques ?  OUI  NON


**Date d'effet souhaitée :** ...../...../..... Contrat annuel avec tacite reconduction (préavis 2 mois).  
 L'envoi du bulletin ne vaut pas acceptation ou prise de garantie. La prise de garantie sera effective dès la confirmation écrite de notre part, et sera au plus tôt la date de réception du bulletin dans nos services (et sous réserve du règlement)

**Mode paiement :**  Mensuel par prélèvement automatique (joindre RIB et Mandat SEPA joint complété et signé)  
 Annuel par chèque (à l'ordre d'AIR COURTAGE ASSURANCES)  
 Annuel par virement bancaire (Indiquez votre NOM PRENOM avec la mention GAV)  
 IBAN : FR76 1780 6002 0062 2142 9088 526 / BIC : AGRIFRPP878

Je reconnais avoir pris connaissance de ce document et des conditions générales n° 170400B 02/2018 jointes ou disponibles sur le site [www.air-assurances.com](http://www.air-assurances.com) /Devis en ligne et en accepte les conditions. Je reconnais avoir pris connaissance de la fiche d'information légale d'AIR COURTAGE disponible sur [www.air-assurances.com](http://www.air-assurances.com) /Mentions légales. En tant que courtier d'assurances (selon la définition du b) du 1<sup>er</sup> du II de l'article L520-1 du Code des Assurances), AIR COURTAGE a sélectionné l'offre GAV de AXA. **Signature :**

Le proposant soussigné déclare que les renseignements qui précèdent sont à sa connaissance exacte et propose qu'ils servent de base à l'établissement du contrat qu'il peut souscrire. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte entraîne suivant le cas les sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances

**Bulletin à retourner complété par email à :**  
[info@air-assurances.com](mailto:info@air-assurances.com)  
 ou par courrier à l'adresse suivante :  
 AIR COURTAGE ASSURANCES  
 BP 70 008  
 01155 ST VULBAS CEDEX

**For You,**  
 **With You...**

Nom et cachet de votre interlocuteur

réinventons / notre métier



## Mandat de Prélèvement SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA

**Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.**

### Désignation du créancier

AXA France  
313 Terrasses de l'Arche  
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

### Informations du payeur

#### Identité

Nom, Prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

#### Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

### Identification du Mandat

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA) :

Type de contrat (exemples : auto, santé, retraite) :

Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur [www.axa.fr](http://www.axa.fr).

Fait à :

Le :

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du 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.

AXA France IARD. Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre - TVA intracommunautaire N° FR 14 722 057 460 - AXA France Vie. Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Nanterre - AXA Assurances IARD Mutuelle. Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 TVA intracommunautaire N° FR 39 775 699 309 - AXA Assurances Vie Mutuelle. Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le Code des assurances - Opérations d'assurances exonérées de TVA - art. 261-C CGI - sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances.