APAC assurances

Association Pour l'Assurance Confédérale
Bureaux : 21, rue Saint-Fargeau
CS 72021 - 75989 PARIS CEDEX 20

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**
		Total par catégorie			

** 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 Laïques), 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.

Imp. PÉROLLE • D24915 • 06/2014 • 5000 ex.