

### Souscription associative

N° Affiliation

\_\_\_\_\_  
ASSOCIATION AFFILIEE

**« COMPLEMENTAIRE INDIVIDUELLE  
DE PERSONNES » - C.I.P. - LICENCIÉS UFOLEP**

**Cette C.I.P. est spécifiquement réservée aux licenciés UFOLEP  
EXERCANT 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** (1) \_\_\_\_\_ Première demande OUI  NON  Si NON, n° dossier \_\_\_\_\_

**ATTENTION, CE CONTRAT N'EST PAS A RECONDUCTION AUTOMATIQUE.  
LES GARANTIES CESSENT LE 31 AOUT, 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.**

**Option 1** - Nbre adhérents (2) \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €

**Option 2** - Nbre adhérents (2) \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €

**Option 3** - Nbre adhérents (2) \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €

**TOTAL GENERAL** \_\_\_\_\_ €

(1) Au plus tôt le lendemain à 0 h de la réception du bordereau par le Service Assurance Départemental APAC.  
(2) Ce nombre doit correspondre à celui indiqué au titre de l'Annexe CIP à joindre à la présente souscription.

Cachet de la Délégation	Cadre réservé à la Délégation	<p>Je, soussigné _____ responsable de l'association, déclare disposer de la notice « Multirisque Adhérents Association » et accepter sans réserve les garanties précisées dans ce document.</p> <p>A _____ le _____ Signature :</p>
-------------------------	-------------------------------	---

