



# Association des familles AVTistes ADEFAV

## BULLETIN ADHESION FAMILLES 2023/2024

**Toute adhésion réalisée entre le 1<sup>er</sup> septembre 2023 et le 31 décembre 2023  
est valable jusqu'au 31 décembre 2024**

Par votre adhésion à notre association, vous bénéficiez du tarif groupe avec l'assurance Allianz, et vous bénéficiez des ressources de l'ADEFAV pour permettre à nos petits implantés de s'intégrer du mieux possible dans le monde d'aujourd'hui.

Une seule adhésion est nécessaire dans le cas de plusieurs personnes implantés vivant sous le même toit. Il est donc important de bien préciser les noms et prénoms des personnes concernées, cela permet une prise en charge plus rapide par Allianz en cas de sinistre.

### **IMPORTANT : ASSURANCE ALLIANZ**

**L'adhésion à l'association est obligatoire et est à renouveler chaque année afin de continuer à bénéficier des garanties du contrat de groupe.  
Dans le cadre d'un sinistre, si l'adhésion à l'association n'est pas valide, ALLIANZ ne pourra intervenir dans la prise charge du sinistre au titre du contrat de groupe.**

### **Respect des données personnelles:**

Certaines informations portées sur le formulaire d'adhésion sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné au traitement de votre adhésion. Elles seront conservées le temps de votre durée d'adhésion. Elles ne seront utilisées qu'à des fins de gestion des adhérents de l'ADEFAV (mailing, appel à renouvellement, assurance...) et ne seront en aucun cas communiquées à autrui.

Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez adresser votre demande à [gestion@adefav.fr](mailto:gestion@adefav.fr)



## Merci de remplir très lisiblement ce bulletin d'adhésion

### Coordonnées de la personne responsable :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Personne(s) implantée(s) sous le même toit (peuvent être couvertes par l'assurance):

	Mono implanté	Bi Implanté
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom : _____ Prénom : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je souhaite m'impliquer dans l'association :  OUI  NON

Je souhaite être informé de l'actualité de l'association  OUI  NON

## Je joins mon règlement de **18€**

<input type="checkbox"/> <b>Par chèque à l'ordre de : ADEFAV</b>	<input type="checkbox"/> <b>par virement</b>
<b>A renvoyer à :</b>  <b>ALLIANZ</b> <b>17 Allée Lamartine</b> <b>64000 PAU</b>	<b>IBAN : FR76 1027 8060 9400 0208 6440 153</b> <b>BIC : CMCIFR2A</b> <b>Titulaire du compte : Association des familles AVTistes</b>
<b>Accompagné du bulletin de souscription à l'assurance fourni par Allianz</b>	<b>En mentionnant impérativement dans l'intitulé du virement :</b> <b>« adhésion 2023/2024 »+ Nom Prénom.</b>

Fait à :

Date :

Signature