



Association des familles AVTistes ADEF AV

BULLETIN ADHESION ADULTES 2023/2024

**Toute adhésion réalisée entre le 1^{er} 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 aussi vous soutenez l'ADEF AV 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 adultes 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'ADEF AV (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



Merci de remplir très lisiblement ce bulletin d'adhésion

Coordonnées de la personne implantée :

Nom : _____ Prénom : _____

N° _____ Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Adresse mail : _____

Téléphone : _____

Mono implanté

Bi implanté

Autre(s) personne(s) implantée(s) sous le même toit (pouvant 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 12€

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

Fait à :

Date :

Signature