



Contrat STUDENT



BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION AUX CONTRATS
AXA COLLECTIVE N° 900.335 AXA ASSISTANCE N° 5000102*02

A compléter obligatoirement par l’étudiant de - de 40 ans

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Date De Naissance:..... Nationalité

Adresse en France :

.....

Adresse email :

École :

Au régime « **BASE PROTECTION** »
Cotisation globale : 26,68 € / Mois

Au régime « **TRANQUILLITE** »
Cotisation globale : 37,35 € / Mois

Au régime « **CONFORT** »
Cotisation globale : 56 ,56 € / Mois.

Au régime « **CONFORT PLUS** »
Cotisation globale : 62,51 € / Mois

Date de début de contrat:Date de fin de contrat:.....

Soit Mois à couvrir.....

Cotisation à régler de x€=.....€

Règlement par chèque bancaire établi à l'ordre JP LABALETTE
virement ou carte bancaire, paiement en ligne

<http://gestion.labalette.fr/commun/paiementcb.php>

J’atteste l’exactitude des renseignements contenus dans ce document et m’engage à en signaler toute modification.
Je reconnais avoir été informé que les informations et réponses du présent document m’ouvrent droit d’accès au fichier,
ou de rectification par la Loi du 6/1/78, et qu’elles peuvent être communiquées à toutes personnes intervenant à titre
professionnel dans la gestion et l’exécution du contrat d’assurances.

Article 1

Lors de l'adhésion, il est proposé à l'assuré :

- un régime de base qui est obligatoire lorsque l'assuré ne bénéficie pas du Régime de Sécurité Sociale français.
- 2 régimes optionnels (Confort et Confort Plus).

Article 2

La prise en charge des frais par l'assureur entre en vigueur pour chacun des bénéficiaires admis à l'assurance :

Sans délai d'attente en ce qui concerne:

- Pour les frais relatifs à un accident ou une maladie inopinée.

Par "accident", il faut entendre les risques résultants directement d'un événement soudain, imprévu, extérieur à la victime constituant la cause d'un dommage corporel.

Après un délai d'attente fixé à:

9 mois, pour tous les frais ayant une relation avec l'état de grossesse, l'accouchement et ses complications éventuelles ;
6 mois, pour les prothèses dentaires, l'optique, l'orthopédie dento-faciale, les autres prothèses et les autres frais.
3 mois, pour l'hospitalisation (après demande d'entente préalable).

Article 3

Les frais ouvrant droit à prestation, concernant des traitements de maladie ou accident sont ce qui :

- Qui auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale pour les assurés qui ne bénéficient pas du Régime Général de la Sécurité Sociale,
- et ont été exposés en France entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Article 4

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- les TRAITEMENTS POUR TROUBLES MENTAUX (maladies nerveuses ou mentales, traitements psychanalytiques, psychothérapies),
- les TRAITEMENTS RELATIFS A LA FERTILITE,
- les CURES DE DESINTOXICATION (alcoolisme, toxicomanie ou assimilés),
- les frais relatifs à une hospitalisation dans les établissements ci-après :
 - établissements pour alcooliques ou toxicomanes (ou établissements assimilés),
 - maisons de convalescence, maison de repos (ou établissements assimilés).
- en tout état de cause :
- les FRAIS NON JUSTIFIES MEDICALEMENT (notamment : produits pharmaceutiques non médicamenteux, traitements et chirurgie à but esthétique...),
- les FRAIS DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE.
- LES FRAIS MEDICAUX RESULTANT DU FAIT INTENTIONNEL,
- LES FRAIS MEDICAUX RESULTANT D'EMEUTE, DE RIXE, D'ACTE DE TERRORISME DANS LESQUELS L'ASSURE A PRIS UNE PART ACTIVE, ETANT PRECISE QUE LES CAS DE LEGITIME DEFENSE ET D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER SONT GARANTIS,
- LES FRAIS MEDICAUX RESULTANT DE LA PRATIQUE DE SPORTS DANGEREUX,
- LES FRAIS MEDICAUX RESULTANT DE L'EXPOSITION DELIBEREE A UN DANGER EXTREME

Toute maladie antérieure à l'adhésion ne sera pas garantie au titre du contrat

Je reconnais avoir pris connaissance du résumé des conditions particulières, les conditions générales du contrat restent à votre disposition au CABINET LABALETTE S.A.

Fait à.....Le.....

Faire précéder la Signature de l'assuré de la mention « LU ET APPROUVE »

Signature

ASSUREURS-CONSEILS

4 RUE DE MARIGNAN - 75008 PARIS – TEL. : 01 40 73 74 10 – TELECOPIE : 01 47 23 60 16

Siren 662026350 – Siret 66202635000048 – Tva intracommunautaire fr85662026350 – Naf 6622Z – Orias n°07003955 (www.orias.fr)

SOCIETE ANONYME AU CAPITAL DE 240 000 € - R.C. SEINE 66B2635

Garantie financière et assurance responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances