



30, route des Creusettes - 74330 POISY (ANNECY)

Tél : 04 50 45 10 78

[contact@aias.fr](mailto:contact@aias.fr)

[www.aias.fr](http://www.aias.fr)

Association Loi 1901

Une question ?  
Besoin d'aide pour remplir ce bulletin ?  
Contactez-nous



Bulletin d'adhésion



30, route des Creusettes - 74330 POISY (ANNECY)

Tél : 04 50 45 10 78

[contact@aias.fr](mailto:contact@aias.fr)

[www.aias.fr](http://www.aias.fr)

**L'AIAS toujours plus  
proche et solidaire,  
Parlez-en autour de vous !**

Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soins et du Social  
Contrats collectifs souscrits pour le compte des membres de l'AIAS auprès de la  
Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (Sham) pour les garanties Responsabilité  
Civile, Protection Juridique, Capital Main Active et d'Inter Mutuelles Assistance (IMA)  
pour la garantie Assistance Psychologique.

# Bulletin d'adhésion 2019

## A retourner complété à l'AIAS :

30 route des Creusettes  
74330 POISY (ANNECY)

### accompagné :

- de la copie de votre attestation d'adhésion ANCCF,
- du règlement par chèque correspondant aux montants des cotisations,
- du Mandat de prélèvement SEPA (option) pour le prochain exercice accompagné d'un RIB/BIC IBAN.

Cadre réservé à l'AIAS

N° adh : ..... Date adh : .....

*Bulletin d'adhésion  
réservé aux membres  
de l'association*

**anccf**

*Joindre une attestation d'adhésion*

# Mandat de prélèvement SEPA

**AIAS - 30 route des Creusettes - 74330 POISY**

**ICS N°FR80ZZZ435361**

En signant ce formulaire de Mandat, vous autorisez l'AIAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AIAS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom et adresse du Créancier : **AIAS - 30 rue des Creusettes - 74330 POISY**

Référence Unique de Mandat (à compléter par l'AIAS) :

-----

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Sexe :  H  F Né(e) le .....

Profession : .....

**Garanties choisies :**

**Protection Juridique & Responsabilité Civile Professionnelle**

## Cotisation d'affiliation obligatoire : 10 €\*

Cotisation statut **salaré** ANCCF : **39 €** par an proratisable selon le mois d'adhésion + **10 €\* non proratisable**

Cotisation statut **libéral** ANCCF : **81 €** par an proratisable selon le mois d'adhésion + **10 €\* non proratisable**

1 - Adresse Personnelle : .....

Tél perso : ..... Mobile : .....

Mail perso : .....

2 - Adresse Professionnelle : .....

Tél pro : ..... Mobile : .....

Mail pro : .....

Préciser si votre courrier doit être envoyé à l'adresse : 1  ou 2

\* Je déclare que mon contrat d'assurance Responsabilité Civile actuel n'a pas été résilié pour sinistre (dans le cas contraire, merci de joindre un relevé des sinistres).

Je déclare avoir pris connaissance des notices d'information des contrats d'assurance et d'assistance et en accepter les termes.

Les notices d'information des contrats Responsabilité Civile Professionnelle, Protection Juridique, Capital Main Active et Assistance Psychologique sont à disposition sur simple demande et sur le site Internet [www.aias.fr](http://www.aias.fr)

## Date et signature :

*En adhérant à l'AIAS, vous acceptez que l'association enregistre vos données personnelles collectées dans ce bulletin d'adhésion. En l'occurrence, vous autorisez l'AIAS à communiquer avec vous, afin de vous informer des dernières actualités de notre association, de ses actions, de vous adresser ses appels à cotisation et toutes informations relatives aux élections des délégués à l'Assemblée Générale.*

*L'AIAS s'engage à ne pas divulguer, transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, à l'exception de ses assureurs afin de bénéficier des garanties d'assurance et d'assistance dans le cadre de l'instruction des sinistres ou des demandes d'assistance psychologique, conformément à la loi informatique et liberté du 06/01/1978 modifiée et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) de 2018 sur la protection des données personnelles.*

*Pour connaître et exercer vos droits, notamment le retrait de consentement à l'utilisation de vos données, vous pouvez nous en informer par simple mail à cette adresse [contact@aias.fr](mailto:contact@aias.fr)*

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

-----

CP : ..... Ville : .....

Compte bancaire à débiter :

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

Paiement : Récurrent répétitif  Ponctuel   
BIC - Code international d'identification de votre banque

Vos droits concernant le présent Mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A ..... le .....

Signature :

**Document à retourner à l'AIAS accompagné d'un RIB/BIC IBAN**

Les informations contenues dans la présente demande ne sont utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par le délibérateur n°80-10 du 01/04/80 de la commission informatique et libertés.