

Chère professionnelle et professionnel des techniques du bien-être,

Suite à l'adhésion de votre Fédération à l'association AMAVIE, et aux accords passés avec notre partenaire le cabinet ABELA, les membres de la Fédération Française de Massage Bien-Etre, pourront bénéficier d'un pack dédié :

Un pack responsabilité civile professionnelle, responsabilité civile exploitation, protection juridique professionnelle à 65 euros, dont protection juridique professionnelle prise en charge par la FFMBE.

Vous trouverez, en pièces jointes, le bulletin d'adhésion à nous retourner par mail dûment rempli et signé, accompagné des justificatifs, certificats et/ou diplômes et de votre règlement par CB ou par chèque à l'ordre d'Abela gestion Amavie.

Points forts de notre contrat RCPE :

- Plus de 30 ans d'expertise dans le secteur du bien être
- Pas de restriction en cas d'activités multiples
- Territorialité Monde Entier (hors USA et Canada)
- Fractionnement mensuel de la prime possible
- Possibilité d'offres sur mesure (pour les groupes)
- **Des garanties supplémentaires (garanties avantages plus et service d'assistance juridique téléphonique- hotline).**

Points forts de notre contrat, la « **Protection Juridique** » qui a pour vocation de prendre en charge les frais de défense, de votre avocat ou de nos avocats spécialisés, que vous pourriez avoir à engager tant sur le plan professionnel par exemple :

- Situation conflictuelle causée par un désaccord avec un tiers
- Evènement préjudiciable à votre activité
- Mise en cause au titre de l'exercice illégal de votre activité
- Litige conduisant à faire valoir un droit contesté
- Défense devant une juridiction suite à une mise en cause, etc ...

Dans l'attente du plaisir de vous lire ou vous entendre,

Le président

Bulletin d'adhésion au contrat groupe souscrit par AMAVIE
Pour le compte de ses adhérents membres de la FFMBE

PACK Adhérent :
Responsabilité Civile Professionnelle
Responsabilité Civile Exploitation
Protection Juridique Professionnelle

Conditions d'adhésion au contrat groupe :

- **Etre praticien agréé adhérent FFMBE à jour de sa cotisation**
- Justifier d'une formation pour chacune des activités exercées
- Ne pas avoir eu de sinistres ou de réclamations au cours des cinq dernières années, ni avoir connaissance d'un événement susceptible de mettre en jeu sa responsabilité civile ou pénale
- Ne pas avoir été titulaire d'un contrat d'assurance de même nature ayant fait l'objet de la part du précédent assureur, d'une résiliation pour sinistre au cours des 12 derniers mois

Identité de l'Assuré

Société : * _____

ou

Nom : * _____ **Prénom :** * _____

Adresse professionnelle :

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ **Email :** * _____

Statut : Société Libéral
 Auto entrepreneur

SIRET : _____ APE : _____

Chiffre d'affaires** : N-1 _____ Si création CA prévisionnel _____

Date d'effet souhaitée des garanties :

- *Merci d'écrire de façon lisible
- **Si chiffre d'affaire >100 000 € un devis sur mesure vous sera adressé.

Activités de l'assuré
(détail des activités à consulter sur le site www.amavie.fr)

Activité(s) exercée(s) et agréé(s) par AMAVIE (10 maximum)
Joindre les ou les photocopies de vos activités : (Voir nos listes d'activités)

- Diplômes ou certifications
- Justificatifs de votre adhésion à la FFMBE
- Document attestant de votre statut Juridique

 Activités déclarées :

LA PRIME D'ASSURANCE
RC EXPLOITATION PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE

	2024
Tarifs FFMBE	65 €

Cotisation : (Tout mois commencé est dû)

Date d'effet :	Celle Mentionnée sur le bulletin d'adhésion
Prime annuelle TTC RCP/RCE	65 € dont 5 euros de frais de gestion
Protection Juridique	Prise en charge par la FFMBE
Prime à la souscription : RCP/RCE/PJ	Du (date de signature) au 01 Janvier (date d'échéance)
	Montant dû * :€ (CF tableau proratisé des cotisations)

* Cotisation : (Tout mois commencé est dû)

Tableau proratisé des cotisations RCP/RCE/PJ en €
Montant de prime TTC au prorata temporis, due à la souscription au titre de la première période d'assurance (échéance au 1^{er} janvier :

Mois de la prise d'effet de la Police	Tarif		Tarif
JANVIER	65.00€	JUILLET	32.52€
FEVRIER	59.62€	AOUT	27.10€
MARS	54.20€	SEPTEMBRE	21.68€
AVRIL	48.78€	OCTOBRE	16.26€
MAI	43.36€	NOVEMBRE	10.84€
JUIN	37.94€	DECEMBRE	5.42€

Païement de la cotisation : Par prélèvement automatique*

Montant de la cotisation prélevée :

- Annuel (reporter le montant figurant sur le tableau) :**€
 Mensuel (avec frais de 1€ par mensualité) : 6.42 € dont 1€ de frais

Inscription à l'annuaire Amavie : oui non

* **prélèvement automatique***. Mandat de prélèvement SEPA à compléter, à régulariser et à joindre au présent Bulletin d'adhésion accompagné d'un RIB.

**des frais de traitement de 2.50€ seront appliqués à tous les contrats hors prélèvement.*

Je soussigné(e) déclare n'avoir ni subi ou déclaré de sinistre (s) ni fait l'objet de réclamation (s) au titre de l'une des garanties désignées ci-dessus durant les 36 derniers mois.

• L'adhérent soussigné :

- *reconnait avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information qui avec le bulletin d'adhésion composent le contrat d'assurances.*

• L'adhérent soussigné :

- *reconnait que les renseignements portés sur le bulletin d'adhésion en réponse aux questions posées par l'Assureur sont exacts,*

- *reconnait être informé qu'il s'expose, en cas de réticence, de fausse déclaration, d'omission ou de déclaration inexacte, aux sanctions prévues par les articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction de l'indemnité) du code des assurances quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur.*

Sous peine des mêmes sanctions, toute modification de ces éléments doit être portée à la connaissance de l'Assureur.

• Pour l'adhérent, dans le bulletin d'adhésion

Les données à caractère personnel concernant l'adhérent sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance.

Elles peuvent également être utilisées à des fins de gestion commerciale sauf opposition de sa part, de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce dernier traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à Abela, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, mandataires et partenaires contractuellement ou statutairement liés à Abela et à des organismes professionnels.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier au service réclamations clients Abela 1 avenue Georges Frier 38500 Voiron – contact.reclamation@abela.fr

Si l'adhérent ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale, il peut s'y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du service réclamations clients Abela.

L'adhérent ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale.

Fait à Le.....

Signature de l'adhérent précédé de la mention

Pour l'assureur, par délégation
Abela





Renvoyez ce bulletin d'adhésion, attestation AMAVIE, justificatifs de vos activités à



**1 Avenue Georges Frier
38500 VOIRON**

ou par mail à amavie@abela.fr

***Les conditions Particulières (contrat), ainsi que votre attestation vous seront adressées sur votre messagerie.
Les conditions générales sont consultables dans votre espace AMAVIE***

**CONSULTEZ NOS GARANTIES OPTIONNELLES POUR LES PROFESSIONNELS
DES TECHNIQUES DU BIEN-ETRE SUR NOTRE SITE WWW.AMAVIE.ORG**

Mandat de prélèvement SEPA

Le «mandat de prélèvement SEPA» est un document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- ABELA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ABELA

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

Désignation du créancier

ABELA
SARL AGEP
27, rue Porte de la BUISSE – BP 26
38501 VOIRON CEDEX

Identifiant SEPA : FR45ZZZ423963

Informations du payeur

Identité :

Nom, Prénom / Raison sociale

Adresse :

CP : I I I I I I Ville :

Pays

Compte à débiter :

Numéro international du compte bancaire (IBAN) : I

I I I I I I I I I I I I I I I I

Code international identification de votre banque (BIC) : I I I I I I I I I I I I I I I I

Identification du mandat

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services ABELA) :

Type de contrat (exemples : auto, santé, retraite) :

RCP ET PJ

Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi contacter ABELA au tél. : 04 76 67 92 15 ou sur www.abela.fr

Fait à :

Le : I I I I I I I I I I

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront pas utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivant de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'Abela pour toute information me concernant.