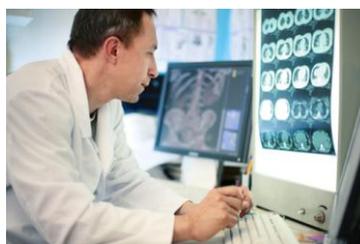
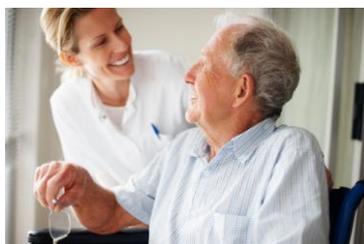


# AMARIZ SANTE

*Des prestations efficaces pour faire face à vos dépenses de santé et des garanties complètes pour vous assurer la tranquillité*



Ce produit répond aux demandes de ceux qui veulent s'assurer que leurs besoins d'assurance santé sont satisfaits maintenant et dans le futur



Pour discuter de vos besoins d'assurance santé, veuillez contacter :

**AMARIZ LIMITED**

**N° Vert 0800 900 258**

**Email : [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk)**

**[www.amariz.co.uk](http://www.amariz.co.uk)**

Coverholder at **LLOYD'S**

## 4 OPTIONS :

**Cochez l'option (les options) de votre choix :**

*(Contactez-nous si vous avez besoin de renseignements sur la couverture ou si nous pouvons vous aider à remplir la demande d'adhésion)*

- ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO OR \***
- ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO ARGENT** (Consultations/visites exclues)
- ASSURANCE HOSPITALISATION \***
- ASSURANCE COMPLEMENTAIRE**  **CLASSIQUE** [Sans questionnaire de santé](#)  
 **LUXE \***

**EXCLUSION ACCIDENT :** Je dispose déjà d'une assurance obligatoire pour les frais médicaux suite à un accident

\* Comportant une garantie individuelle accident pour les personnes âgées de moins de 65 ans à la souscription

Contrat de Groupe souscrit par Schetland e.V. pour ses membres et garanti par certains assureurs de Lloyd's de Londres

## LE TITULAIRE



NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Tél : ..... Bur : .....

Email : ..... Port : ..... Fax: .....

Profession : .....(joindre un justificatif si vous êtes étudiant(e))

Situation de famille : Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Autre  .....

**Pour toutes les options sauf l'ARGENT & la Complémentaire CLASSIQUE, cochez si vous êtes gaucher  (pour la garantie individuelle accident)**

**Pour l'Assurance Complémentaire LUXE uniquement :**

Numéro de Sécurité Sociale : ..... Caisse Gestionnaire : .....

**Joindre une copie de votre attestation Carte Vitale**

Comment avez-vous eu connaissance de notre société ?  Annonce Google  Recherche Google  Autre recherché internet  Ami/collègue  
 Adhérent  MLPS  Euro Suisse Courtage  Autre (veuillez préciser) .....

## DATE D'EFFET / SIGNATURE

**DATE D'EFFET SOUHAITEE :** ..... / ..... / ..... ou  **IMMEDIAT** (au plus tôt la date de réception de votre demande d'adhésion complétée)

**DELAI D'ATTENTE :**

**OUI** Je n'ai pas eu de couverture maladie pendant les trois mois qui précèdent mon adhésion au contrat AMARIZ SANTE et j'aurai un délai d'attente (voir Article 3 de l'extrait des conditions générales).

**NON** J'ai bénéficié d'une couverture maladie équivalente pendant les trois derniers mois et je joins un justificatif de celle-ci (copie de ma Carte Vitale ou Attestation Carte Vitale ou certificat de radiation de mon ancienne assurance maladie).

**Si le(s) justificatif(s) ne sont pas joint(s), le délai d'attente sera appliqué.**

La garantie est acquise à la date demandée par le proposant et au plus tôt le jour de réception de sa demande d'adhésion sous réserve d'un état de santé susceptible d'être accepté (Assurance Maladie au Premier Euro Or, Assurance Maladie au Premier Euro Argent, Assurance Hospitalisation et Assurance Complémentaire Luxe). Dans le cas où ce dernier point ne serait pas vérifié pour une ou plusieurs personnes notées sur la demande d'adhésion, celle-ci serait soumise à l'Assureur pour acceptation. Jusqu'à notification de la réponse de l'Assureur, la garantie est acquise pour tout risque accidentel avec un maximum de deux mois à compter de la souscription. L'Assureur se réserve le droit de refuser toute demande d'adhésion. En cas de refus d'admission à l'Assurance, l'Assureur n'est pas tenu d'en donner les raisons.

Toutes informations données à Amariz Limited seront traitées selon les exigences de la Loi sur la Protection des Données (Data Protection Act 1998). Notre Déclaration sur la Protection des Données est publiée sur notre site web. Les informations que vous avez données sur cette demande d'adhésion seront utilisées par l'Assureur pour l'acceptation de votre adhésion et par Amariz Limited pour la mise en place et la gestion de votre couverture d'assurance. Dans le cas où votre demande d'adhésion serait soumise au Médecin Conseil de l'Assureur pour étude, des informations personnelles et médicales que vous avez fournies lui seront transmises et vous en recevrez une confirmation écrite vous informant de son identité.

L'Assureur a utilisé les informations que vous lui avez fournies en décidant d'accepter cette police d'assurance et en déterminant les conditions et les cotisations. Vous devez faire attention en répondant aux questions posées par l'Assureur en vous assurant que tous les renseignements donnés sont exacts et complets. Si l'Assureur établit que vous lui avez fourni des informations fausses ou trompeuses exprès ou de par imprudence, il considérera que cette police d'assurance n'a jamais existé et tout sinistre sera refusé. Si l'Assureur établit que vous lui avez négligemment fourni des informations fausses ou fallacieuses, cela pourrait avoir un effet négatif sur votre police d'assurance et tout sinistre. Par exemple, l'Assureur pourrait considérer que cette police d'assurance n'a jamais existé ou modifier les conditions de votre assurance ou réduire le montant d'un sinistre.

Jusqu'à la date de prise d'effet de mon adhésion je devrais tenir l'Assureur informé de tout changement de mon état de santé. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions et exclusions indiquées dans les conditions générales du contrat et le résumé de la police. Je confirme que je consens explicitement au traitement de mes données personnelles pour la mise en place et la gestion de ma couverture d'assurance.

**Date et signature**  
Précédée de la mention  
**'LU ET APPROUVE'**

## PERSONNES A GARANTIR

NOM					
PRENOM					
DATE DE NAISSANCE					
SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

### QUESTIONNAIRE DE SANTE – REpondre A TOUTES LES QUESTIONS (ASSURANCE PREMIER EURO OR ET ARGENT, HOSPITALISATION & COMPLEMENTAIRE LUXE)

Des informations médicales délicates devront être traitées afin de fournir une couverture. Veuillez obtenir le consentement des éventuelles autres personnes nommées avant de divulguer celles-ci. Si vous jugez que les informations relatives à votre état de santé doivent rester confidentielles, adressez-les sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil.

Si vous n'avez pas assez de place pour répondre aux questions, merci d'utiliser un pli séparé.

<b>1</b>	Taille	.....M	.....M	.....M	.....M	.....M
	Poids	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg
<b>2</b>	<b>Pression artérielle</b> <b>Systolique / Diastolique</b> <b>OBLIGATOIRE</b>	..... / ..... cmHg				
Si vous ne connaissez pas votre tension artérielle, vous pouvez la faire prendre par un médecin ou un pharmacien						
<b>3</b>	Fumez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
<b>4</b>	Avez-vous été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ? Si oui, date et nature	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....				
<b>5</b>	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si oui, date et motif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....				
<b>6</b>	Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement médical ? Si oui, lequel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....				
<b>7</b>	Etes-vous atteint d'une affection chronique ou de longue durée ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....				
<b>8</b>	Avez-vous des séquelles d'accident, de maladie et/ou d'infirmité ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....				
<b>9</b>	Avez-vous été ou êtes-vous en incapacité de travail ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....				
<b>10</b>	Envisagez-vous des travaux de prothèses dentaires ou d'orthodontie dans les 12 prochains mois ? <b>(OR, ARGENT et LUXE)</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... ..... Si oui, joindre un devis
<b>11</b>	Etes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**AVERTISSEMENT :** Vous êtes conseillé de remplir cette demande d'adhésion vous-même. Si cela n'est pas possible, vous ne devriez pas signer la demande d'adhésion sans l'avoir lue et sans avoir vérifié que les réponses données aux questions sont exactes et complètes. Vous devriez également indiquer qui a complété la demande d'adhésion de votre part : .....

Fait à .....le .....

SIGNATURE précédée par la mention 'LU ET APPROUVE'

## ADHESION A SCHETLAND e.V.

Le contrat maladie AMARIZ SANTE est un contrat de groupe qui a été souscrit par Schetland e.V. pour ses membres. Vous devez donc devenir membre de Schetland e.V. afin de pouvoir bénéficier des garanties maladie :

- J'accepte mon adhésion à Schetland e.V. et déclare avoir pris connaissance des statuts de l'organisation joints à ma demande d'adhésion
- Je joins un chèque de € 18,00 à l'ordre d'AMARIZ LIMITED à titre de ma cotisation annuelle à Schetland e.V.\*
- Je préférerais que ma cotisation annuelle à Schetland e.V. soit prélevée avec ma cotisation d'assurance\* (compléter l'autorisation de prélèvement ci-dessous)
- \* La cotisation annuelle sera transférée à Schetland par Amariz Limited

Date et signature  
Précédée de la mention  
'LU ET APPROUVE'

## MOYEN DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables d'avance :

- mensuellement,  trimestriellement,  semestriellement ou  annuellement (réduction de 5 % pour paiement annuel)
- par prélèvement automatique le 8 du mois (remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous) ou
- par virement ou
- par chèque

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

Nom du Créancier : AMARIZ LIMITED

Identifiant Créancier SEPA : FR02ZZZ476535

En signant ce formulaire vous autorisez AMARIZ LIMITED à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AMARIZ LIMITED. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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, Prénom et Adresse du Débiteur

Nom Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Pays.....

Date et signature

Désignation du Compte à Débitier (Joindre votre RIB) :

IBAN

BIC

- J'autorise Amariz Ltd à prélever ma cotisation annuelle pour Schetland e.V. (celle-ci sera transférée à Schetland)
- Je souhaiterais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur ce compte.
- Je voudrais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur un compte différent (joindre R.I.B.)
- REMARQUES : Les prélèvements ont lieu le 8 du mois. En cas d'impayé, les frais (frais bancaires + frais annexes) seront à la charge de l'Adhérent.

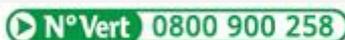
## LES DIFFERENTES PARTIES / LOI APPLICABLE

Ce contrat d'assurance de groupe a été conclu entre Schetland e.V. pour ses membres et certains assureurs de Lloyd's de Londres. Amariz Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni a été nommé comme Gestionnaire. Ce dernier aura l'autorité pour étudier et traiter les demandes d'adhésions, préparer et émettre des certificats d'assurance et payer les sinistres approuvés par l'Assureur. Toutes correspondances, demandes d'informations et sinistres devront être adressées au Gestionnaire. Il est possible de choisir la Loi applicable à un contrat d'assurance garantissant un risque situé dans l'Espace Economique Européen. L'Assureur a décidé que la Loi Anglaise s'appliquera. Le paiement d'une cotisation par un Adhérent fait preuve de l'acceptation du choix de l'Assureur. Pour qu'une quelconque autre Loi soit applicable, cela doit être convenu par les deux parties et ce par écrit. La police individuelle accident 'Minerva' est soumise aux lois de la République Française. En cas de litige, les tribunaux anglais seront seuls compétents. En acceptant la juridiction l'Adhérent en renonce à toute faculté d'appel dans un autre pays. Il est par ailleurs avisé que les Souscripteurs du Lloyd's de Londres sont soumis au contrôle du Financial Conduct Authority au 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, Royaume-Uni.

## OU ENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Nous vous remercions d'envoyer toute demande d'adhésion complétée à l'adresse suivante :

EURO-SUISSE-COURTAGE, ch. De Grand-Champ 9, CH-1008 PRILLY

 N° Vert 0800 900 258

Email : info@amariz.co.uk

Avant d'envoyer votre demande d'adhésion, merci de vérifier que vous avez :

- SIGNE :**
- La case pour Schetland e.V.
- La case dans la partie Date d'Effet/Signature
- Le Questionnaire de Santé (complété en entier)
- L'Autorisation de Prélèvement
- JOINT :**
- Un chèque de € 18,00 à l'ordre d'AMARIZ LTD (paiement par chèque)
- Une copie de votre attestation Carte Vitale (Complémentaire LUXE)
- Un justificatif de votre couverture équivalente précédente
- Un original de votre R.I.B. (pour paiement par prélèvement)

EN PLUS, VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ FOURNI LA TENSION ARTERIELLE DE TOUTES LES PERSONNES A ASSURER

# Statuts de l'Organisation Schetland e.V.

## § 1. Nom, Siège Social, Exercice

- (1) L'Organisation s'appelle *Schetland e.V.* (ci-après dénommée 'l'Organisation').
- (2) Aux fins de son enregistrement, l'Organisation demandera à être inscrit dans le Registre des Organisations à l'Amtsgericht (tribunal) de Berlin-Charlottenburg.
- (3) Le siège social de l'Organisation est à Berlin.
- (4) L'exercice est l'année civile.

## § 2. Objectif

- (1) L'objectif principal de l'Organisation est de servir les intérêts des consommateurs, et notamment de protéger et d'informer les consommateurs sur des sujets relatifs aux prestations d'assurance. Dans ce contexte, l'Organisation fournit des informations sur la législation pertinente, fait des observations sur des questions courantes concernant le droit de l'assurance et essaie de contribuer au développement et à la révision des dispositions liées à l'assurance dans l'intérêt du public. Elle lutte contre les publicités mensongères pour des prestations d'assurance, dénonce les abus et soutient les revendications des consommateurs. L'Organisation informera et protégera les intérêts des consommateurs également à travers des publications, et l'organisation de séminaires et de stages de formation sur des thèmes liés à la protection du consommateur.
- (2) L'Organisation poursuit exclusivement et directement des objectifs non-commerciaux dans le sens du chapitre 'objectifs avec un avantage fiscal' ('*Steuerbegünstigte Zwecke*') du code fiscal général ('*Abgabenordnung*'). Elle agit de façon désintéressée et ne poursuit pas en premier lieu des objectifs lucratifs pour elle-même. Les fonds de l'Organisation ne doivent être utilisés que pour des objectifs qui sont en conformité avec les Statuts. L'Organisation ne doit donner aucune subvention à des individus à partir des fonds de l'Organisation, à part les indemnités de frais. Les membres ne doivent recevoir aucune part des fonds de l'Organisation quand ils la quittent, ou si l'Organisation est dissolue. Aucune personne ne doit être privilégiée par des dépenses qui sont à l'encontre des objectifs de l'Organisation ou par une rémunération excessivement élevée.
- (3) L'Organisation tire ses ressources des cotisations d'adhésion et des dons.

## § 3. Adhésion

- (1) Toute personne physique, qui a au moins dix-huit ans, peut devenir membre de l'Organisation.
- (2) Le comité décide de l'admission sur la base d'une demande d'admission écrite et personnellement signée adressée au secrétaire de l'Organisation. L'acceptation de la demande d'admission est à l'appréciation du comité. Le refus d'une demande d'admission ne doit pas être justifié.
- (3) Si le comité accepte l'admission, la date à laquelle la demande d'admission a été reçue par l'Organisation sera considérée comme la date d'admission. Le secrétaire confirmera par écrit l'acceptation du nouveau membre ainsi que la date d'admission.
- (4) L'adhésion se termine
  - a) à travers la mort ;
  - b) à travers la démission (§ 5) ;
  - c) à travers l'exclusion (§ 6).

## § 4. Cotisation d'adhésion

- (1) La cotisation d'adhésion est déterminée par l'assemblée générale. Elle s'élève actuellement à € 18,00 par année.
- (2) Le comité a le droit d'exonérer le paiement de toute ou d'une partie de la cotisation.
- (3) La cotisation d'adhésion arrive à échéance le 31 mars de chaque exercice et, pour les admissions au cours d'un exercice, dans les dix jours de la réception de la confirmation de son admission par le nouveau membre. Si la cotisation n'est pas payée en temps voulu, l'adhésion est considérée sans suite.
- (4) En cas de démission ou d'exclusion d'un membre, la cotisation n'est pas remboursée.

## § 5. Démission d'un membre

Le membre doit informer le comité de sa démission par écrit par lettre recommandée. La démission est valide à la fin du mois qui suit le mois pendant lequel la déclaration de démission a été reçue par le comité.

## § 6. Exclusion d'un membre

- (1) L'exclusion d'un membre est décidée par le comité avec une majorité de deux-tiers des votes et prend effet à la notification de son exclusion au membre. L'exclusion peut avoir lieu si le membre ne paie pas sa cotisation d'adhésion malgré un rappel écrit, ne respecte pas les Statuts de l'Organisation ou contrevient continuellement aux objectifs de l'Organisation. Le membre doit être informé par écrit de son exclusion proposée au moins quinze jours à l'avance, en indiquant les raisons pour la décision. Il lui sera donné l'occasion de prendre position sur les reproches devant le comité.
- (2) Le membre exclu peut former opposition dans un délai de quinze jours de l'annonce de la résolution sur son expulsion. La décision sur l'opposition est prise par l'assemblée générale qui suit la déclaration de l'opposition.

## § 6a. Organes de l'Organisation

Les organes de l'Organisation sont l'assemblée générale et le comité.

## § 7. Le comité

- (1) Le comité comprend un minimum de trois et un maximum de cinq membres, soit le président, le secrétaire et le trésorier ainsi qu'un maximum de deux membres supplémentaires déterminés par l'assemblée générale. Le secrétaire et le trésorier servent simultanément de vice-président. Chaque membre du comité doit être membre de l'Organisation.
- (2) Les membres du comité sont élus tous les ans par l'assemblée générale annuelle. La réélection est permise. Les membres du comité peuvent être prématurément rappelés par l'assemblée générale avec une majorité de trois-quarts des votes.
- (3) Les séances du comité doivent se tenir régulièrement, au moins tous les six mois, sur invitation écrite du président ou du secrétaire. Le délai de convocation est de quinze jours. Le président et le secrétaire ont le droit de convoquer des séances extraordinaires du comité. Les résolutions du comité sont prises avec une simple majorité des votes, par laquelle la participation d'au moins trois membres est requise. Les absentions sont considérées comme voter « non ». En cas de parité des votes, le vote du président est décisif. Des procès-verbaux des séances du comité doivent être rédigés. Des détails peuvent être mis en place par des règlements intérieurs que le comité développe pour lui-même.
- (4) Le comité a le droit de créer des sous-comités et de leur conférer des tâches et des pouvoirs dans le cadre des Statuts. Tout sous-comité fera régulièrement un rapport qu'il remettra au comité et est soumis aux consignes du comité. De plus, le comité a le droit d'embaucher des gérants professionnels.
- (5) L'Organisation est représentée par le président individuellement ou deux autres membres du comité en collaboration.
- (6) Les membres du comité agissent bénévolement. Les frais effectués dans les intérêts de l'Organisation leur sont néanmoins remboursés.
- (7) Le comité a le droit d'admettre des membres honoraires à qui sont accordés tous les droits des membres ordinaires, à l'exception du droit de vote et du droit de remplacement.

## § 8. L'assemblée générale

- (1) Les assemblées générales sont convoquées par le président par écrit (télécopie, télégramme ou e-mail suffit) en indiquant l'ordre du jour. Il doit y avoir au moins quinze jours entre le jour de l'envoi de l'invitation et le jour de l'assemblée. L'invitation doit être envoyée à la dernière adresse dont le membre a informé l'Organisation par écrit. Chaque membre a le droit de demander une modification à l'ordre du jour par écrit, et ce jusqu'à trois jours ouvrables avant le jour de l'assemblée. La demande est à adresser au comité. L'assemblée générale prend la décision sur l'admission de la demande.
- (2) L'assemblée générale est tenue au moins une fois par an. Les membres reçoivent le bilan de fin d'année ainsi qu'un compte-rendu du comité sur l'activité de l'Organisation avec l'invitation.
- (3) Le comité doit tenir une assemblée générale extraordinaire si cela est dans les intérêts de l'Organisation ou si quatre-cinquièmes des membres demandent qu'une assemblée soit convoquée par écrit, en indiquant l'objet et les raisons. Pour les assemblées générales extraordinaires, le comité a le droit d'écourter la période de préavis à une semaine.
- (4) Le quorum des assemblées générales est atteint quelque soit le nombre de membres présents. Le président est le président de l'assemblée, à moins que l'assemblée générale n'élise un autre président de l'assemblée avec une majorité de trois-quarts des votes. Le président de l'assemblée décide qui va rédiger le procès-verbal.
- (5) Le droit de vote doit en principe être exercé personnellement. Chaque membre a néanmoins le droit de donner procuration à un autre membre du comité.
- (6) Le scrutin est effectué par une simple majorité des votes, à moins qu'une majorité qualifiée ne soit exigée par la loi ou les Statuts. Les absentions de vote seront considérées comme voter « non ». Les résolutions sur la modification des Statuts ou la dissolution de l'Organisation nécessitent une majorité de trois-quarts des votes.
- (7) Le comité peut également organiser des scrutins écrits. Les résolutions adoptées par moyen de scrutin écrit sont seulement efficaces si au moins la moitié des membres a participé au scrutin écrit.
- (8) Les résolutions sur les sujets suivants sont réservées pour l'assemblée générale :
  - a) Election, révocation et décharge des membres du comité ;
  - b) Modification des Statuts et dissolution de l'Organisation ;
  - c) Décisions sur les objections de membres exclus ;
  - d) Approbation des bilans de fin d'année.
- (9) Les résolutions de l'assemblée générale doivent être enregistrées dans les procès-verbaux, qui doivent être signés par le président de l'assemblée ainsi que par la personne qui les a rédigés. Les procès-verbaux sont à la disposition des membres pour consultation dans les bureaux administratifs.

## § 9. Responsabilité

La responsabilité de l'Organisation est limitée à son actif.

## § 10. Dissolution et engagement de l'actif

La dissolution de l'Organisation ne peut être décidée qu'au cours d'une assemblée générale convoquée spécialement à cet effet. Où l'assemblée générale ne décide pas autrement, la liquidation est exécutée par le comité. En cas de dissolution ou de suspension de l'Organisation ou de la suppression des 'objectifs avec un avantage fiscal', son actif doit être transféré au Freie Universität Berlin pour son utilisation exclusive et immédiate pour des buts non-commerciaux.

## § 11. Divers

Seulement la version Allemande de ces Statuts sera légale. La version Française est à titre indicatif.