

# VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

(à compléter et retourner à votre Assureur Conseil)

CODE INTERMÉDIAIRE : 7 / . / . . . . .

**OUI - JE SOUSCRIS À LA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS SANTHIA**

Date d'effet souhaitée : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) M. Mme, Mlle

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Organisme d'affiliation : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale du conjoint : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Organisme d'affiliation : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire -  Marié(e) ou Vie Maritale -  Divorcé(e) -  Veuf(ve)

Nombre d'enfants à garantir : \_\_\_\_\_ - de 18 ans \_\_\_\_\_ + de 18 ans

N°	N°	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Salarié(e)	Indépendant	Exploi. agri.
1	Adhérent					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Conjoint					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	1 <sup>er</sup> enfant							
4	2 <sup>e</sup> enfant							
5	3 <sup>e</sup> enfant							

- Je demande à bénéficier de l'accord de transmission des données, s'il existe, entre mon Régime Obligatoire et AVIVA ASSURANCES - AMIS pour la garantie Frais de soins :  oui  non
- Si mon département dispose du Tiers Payant, je souhaite bénéficier de ce service (pharmacie, radiologie et laboratoire) :  oui  non
- Je demande que mes prestations soient remboursées sur le compte bancaire ou postal utilisé pour le prélèvement de mes cotisations :  oui  non

**JE CHOISIS MA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS QUE JE COMPLÈTE ÉVENTUELLEMENT PAR 1 OU 2 PACKS**

Formule de base choisie : .....	Pack Optique et Dentaire (âge limite de souscription : 40 ans pour Santhia Hospi 70 ans pour les formules 2 à 6 80 ans pour Senior 1 et 2)	Pack Assistance Hospitalière (âge limite de souscription 59 ans pour les formules 1 à 7 40 ans pour Santhia Hospi)	Pack Prévoyance garantie Assistance Hospitalière + garantie Infirmitté Permanente par accident (souscription de 24 à 40 ans)
(identique pour toute la famille)	Les renforts s'appliquent à tous les bénéficiaires du contrat		
<b>Santhia Hospi</b>	si souscription d'un pack AH ou Prévoyance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Annexe descriptive de la garantie Santhia Hospi : réf. 30599. Age limite de souscription : 40 ans			
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pour les Travailleurs Non Salariés désirant bénéficier de la loi Madelin, veuillez joindre une copie du dernier relevé de points de retraite ainsi qu'un chèque à l'ordre de l'association ARAVIC : droit d'entrée 15 €
2	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
3	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
4	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
5	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
6	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Annexe descriptive des garanties Formules 1 à 7 : réf. 30600. Age limite de souscription : 70 ans			
<b>Senior 1</b>	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>		
<b>Senior 2</b>	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/>		
Annexe descriptive des garanties Senior 1 et 2 : réf. 30601. Age limite de souscription : 80 ans			

Cotisation Totale Frais de Soins (hors frais accessoires) : .....

Cotisation de votre pack Optique et Dentaire : .....

Cotisation de votre pack Assistance Hospitalière + Infirmitté Permanente (option Santhia Hospi) : .....

Cotisation globale (frais accessoires inclus) : \_\_\_\_\_

Mensuelle (prélèvement obligatoire)  le 05  le 10  le 15  le 25  le 30  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

Je soussigné(e), certifie que toutes les déclarations faites sont à ma connaissance exactes, complètes et sincères. J'ai été avisé(e) que toute fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte entraînerait la nullité du contrat ou la réduction des prestations, conformément aux articles L113-8 et L113-9 du code des assurances.

Si je souscris une **formule 7** :

- le tarif indiqué ci-dessus n'est valable que si les réponses faites au questionnaire médical ne donnent pas lieu à cotisation supplémentaire et que le contrat est régularisé dans les 90 jours suivant la remise de cette demande,
- le questionnaire médical santé modèle 30190 doit être complété et des renseignements complémentaires peuvent être demandés.

Si le contrat a été souscrit dans le cadre du démarchage à domicile, je peux y renoncer en application de l'article L 112-9-1, en adressant un courrier recommandé qui précisera : "je soussigné(e), demande à renoncer à la souscription du contrat Complémentaire Frais de Soins, faite le ..... auprès d'AVIVA Assurances. En conséquence, le contrat sera résilié à compter de la date de réception de la présente lettre recommandée et AVIVA Assurances me remboursera le solde de la cotisation déjà versée dans les 30 jours suivant la résiliation".

Extrait de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances : "Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Pour tout renseignement, contactez votre Assureur Conseil.

Cachet :

N° d'immatriculation ORIAS : .....  
Coordonnées ORIAS : www.orias.fr

J'adresse ce jour à l'ordre d'AVIVA ASSURANCES - AMIS un chèque de \_\_\_\_\_ correspondant au(x) \_\_\_\_\_ premier(s) mois de cotisation accompagné d'un RIB et de l'autorisation de prélèvement complétée et signée.

Ce chèque ne sera encaissé qu'après acceptation par la société de ma demande d'adhésion et édition des conditions particulières du contrat.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des Conditions Générales n° 30598 et l'annexe descriptive des garanties applicables au contrat que je souhaite souscrire.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du Proposant : (précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6-1-78, vous disposez droit d'accès et de rectification vous concernant en vous adressant à notre Siège Social.  
Par notre intermédiaire, vous pouvez recevoir des propositions d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit d'écrire à notre Siège Social.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte ; je réglerai le différend avec le créancier.

N° national d'émetteur

371726

Nom, prénoms et adresse du débiteur

N° du contrat : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du créancier

AVIVA ASSURANCES - AMIS  
13, rue du Moulin Bailly  
92271 BOIS-COLOMBES CEDEX

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_