



Affaire nouvelle

Avenant au contrat n° _____

Code intermédiaire : 7 / _____

N° de contrat : _____

Date d'effet souhaitée : _____

ADHERENT

Je soussigné(e) : M Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |__|_| |__|_| |__|_|_|_|_|

Adresse complète : _____

Code postal : |__|_|_|_|_| Localité : _____ Téléphone : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Partenaire de PACS Veuf (ve) Autre (à préciser) : _____

N° de Sécurité Sociale : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Organisme d'affiliation : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession : employé / agent service profession intermédiaire (agent, santé, sécurité,...)

cadre (enseignant, santé, sécurité,...) autre : _____

Je demande à bénéficier de l'accord de transmission des données, s'il existe, entre mon Régime Obligatoire et Aviva Assurances pour la garantie Frais de Soins oui non

Si mon département dispose du Tiers Payant, je souhaite bénéficier de ce service (pharmacie, radiologie, laboratoire, soins externes, opticiens) oui non

Je demande que mes prestations soient remboursées sur le compte bancaire ou postal utilisé pour le prélèvement de mes cotisations oui non

BENEFICIAIRE(S)

Nom	Prénom	Né(e) le	Profession	N° de sécurité sociale	Organisme d'affiliation

GARANTIES DEMANDÉES

Je choisis le niveau de garantie : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5

Tous les bénéficiaires au contrat souscrivent le même niveau de garantie.

Cotisation annuelle totale : _____ €

PERIODICITE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Fractionnement : Mensuel (prélèvement obligatoire) le 05 le 10 le 15 le 25 le 30
 Trimestriel Semestriel Annuel (pour ces fractionnements : paiement par chèque uniquement)

DÉCLARATIONS

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 le contrat a été souscrit dans le cadre du démarchage à domicile, je peux y renoncer en application de l'article L112-9-1, en adressant un courrier recommandé qui précisera : « je soussigné,....., demande à renoncer à la souscription du contrat Complémentaire Frais de Soins Amis Santé Labellisé, 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 ».

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des conditions générales réf. 30657 applicable au contrat que je souhaite souscrire.

Fait à, _____, le _____ Signature :

Protection des données à caractère personnel - Loi Informatique et Libertés

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Assurances de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et, le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui vous concernent en écrivant au Service Relations Clientèle, dont les coordonnées figurent ci-dessous. Par ailleurs, sauf opposition de votre part, ces informations pourront être transmises aux entités du groupe Aviva France et à ses partenaires à des fins de prospection commerciale.

Pour plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger, vous pouvez consulter les mentions légales du site Aviva « www.aviva.fr » ou écrire à l'adresse suivante : Aviva Assurances - Service Relations Clients (OCLI) - 13 rue du Moulin Bailly - 92 271 Bois Colombes Cedex ; ocli_serv@aviva.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Désignation du créancier :

AVIVA Assurances
13 Rue du Moulin Bailly
92273 Bois Colombes

Identifiant Créancier SEPA :

FR63ZZZ205389

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier ci-contre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. * L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du débiteur et du créancier.

Référence Unique de Mandat SEPA (RUM) - communiquée ultérieurement -

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Identité du payeur, titulaire du compte : M. : Mme : Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____ Pays : _____

Désignation du compte à débiter :

BIC :

Type de paiement : récurrent

IBAN :

Date le _____ à _____

Signature du titulaire du compte :



N'oubliez pas de signer le Mandat SEPA et de joindre un relevé d'identité bancaire