

Date d'effet : ____ / ____ / ____ (au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve de paiement de la 1^{ère} prime qui interviendra 6 jours après la date d'effet)

VOS COORDONNÉES

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____ Email : _____

VOTRE RÉGIME

Salarié Alsace Moselle Agricole
 Profession libérale* Commerçant/Artisan* *Loi Madelin OUI NON (*Si oui, tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOTRE FORMULE DE GARANTIE (une seule par contrat)

• Niveau de dépenses courantes : Eco* 1 2 3 4 5
• Niveau de dépenses exceptionnelles : Eco* A B C D E

* Les niveaux Eco doivent être obligatoirement souscrits ensemble

LES PERSONNES À GARANTIR (si plus de 3 enfants à assurer, remplir un second formulaire de souscription)

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité Sociale + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
vous-même	/...../.....				
votre conjoint	/...../.....				
1 ^{er} enfant	/...../.....				
2 ^e enfant	/...../.....				
3 ^e enfant	/...../.....				
Sous-total =						€
<input type="checkbox"/> Réduction couple 5 % <input type="checkbox"/> famille 10 % =						€
Frais de police et d'assistance =						€
(2,23 €/mois, 6,69 €/trimestre, 13,38 €/semestre, 26,76 €/an)						
Prime Totale à Payer =						€

Joindre la photocopie de l'attestation vitale de chaque personne à garantir

DÉCLARATION DE SANTÉ [Répondre obligatoirement à cette déclaration de santé UNIQUEMENT en cas d'adhésion à une formule comprenant le niveau 5 contrat n° CT1750065]

Pour chaque bénéficiaire indiquez s'il peut déclarer :	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	Majoration si réponse « oui »
1. Êtes-vous actuellement atteint d'une affection nécessitant un traitement long ou régulier (même temporaire), ou pris en charge à 100 % par votre régime obligatoire ou avez-vous été atteint au cours des 36 derniers mois de maladie ou d'affection cardio-vasculaire, digestive, rénale, articulaire, diabète, nerveuse, pulmonaire, hypertension, endocrinologique, hématologique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Souscription impossible
2. Avez-vous prévu de consulter plus de 3 fois un médecin ou un autre praticien (hors maternité) dans les deux mois suivant la date d'effet de l'adhésion ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	60 %

VOTRE MODE DE PAIEMENT

Annuel par chèque par prélèvement
 Semestriel Trimestriel Mensuel par prélèvement automatique obligatoire

Date de prélèvement souhaitée : 5 15 25

(Joindre obligatoirement votre relevé d'identité bancaire ainsi que l'autorisation de prélèvement remplie et signée, en cas de prélèvement des cotisations)

Je déclare que mon précédent contrat d'assurance complémentaire santé n'a pas été résilié pour non paiement de prime. Je déclare demander mon adhésion au(x) contrat(s) collectif(s) n° CT1750064 (solidaire) et/ou n° CT1750065 (non solidaire) (dans le cadre d'une adhésion à une formule comprenant le niveau 5) souscrits par GROUPE SOLLY AZAR auprès de SERENIS ASSURANCES. Je déclare avoir pris connaissance de la présente demande d'adhésion et avoir reçu et conservé, préalablement à mon adhésion, la notice d'information (réf SA - BON PLAN SANTE - 04/2011), le tableau de garanties valant informations pré-contractuelles prévues par l'article L 112-2-1.III du Code des Assurances. Je déclare également avoir reçu et pris connaissance de mon droit à renonciation tel que décrit dans la présente demande d'adhésion. L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des Organismes Professionnels concernés.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'assureur (Loi 78.17 du 6 Janvier 1978). Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité du contrat, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes. Je certifie que les réponses apportées ci-dessus sont complètes et sincères et je n'ai rien dissimulé. Je demande à ce que mon contrat prenne effet immédiatement et ce, sans attendre l'expiration du délai de renonciation dont les modalités et le modèle de lettre sont inclus dans la notice d'information.

Seul l'Adhérent peut valablement signer le contrat au nom de tous les bénéficiaires assurés. Sa signature authentifie les renseignements portés à la demande d'adhésion. Souscripteur mineur : l'adhésion au contrat est ouverte pour tout souscripteur âgé de 15 ans au minimum à la date d'effet de l'adhésion. Dans ce cas, le bulletin doit toutefois être contresigné par le représentant légal.

Date de conclusion de l'adhésion : ____/____/____

Signature :

Votre assureur conseil :

Code : _____ TCV : _____

Nous vous remercions de cocher la case correspondant au cadre dans lequel votre contrat a été souscrit.

VOUS AVEZ SOUSCRIT VOTRE CONTRAT DANS LE CADRE DU DÉMARCHAGE À DOMICILE

Les dispositions suivantes de l'article L 112-9 du Code des Assurances s'appliquent : « 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 motifs ni à supporter de pénalités. »

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation. L'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, dans un délai de 30 jours, excepté celles correspondantes à la période de garantie écoulée. La survenance d'un sinistre garanti pendant le délai de renonciation prive d'effet ladite renonciation.

Pour exercer votre droit à renonciation, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception à GROUPE SOLLY AZAR – 60, rue de la chaussée d'Antin, 75439 PARIS CEDEX 09

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance BON PLAN SANTÉ n°....., conclu le.....

Je certifie n'avoir subi aucun sinistre et je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée ».

Fait à Le, signature.....

SI VOUS AVEZ SOUSCRIT VOTRE CONTRAT DANS LE CADRE DE LA VENTE À DISTANCE

En application des termes de l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires, délai qui court à compter de la date de réception de votre contrat.

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours

Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Pour exercer votre droit à renonciation vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception à GROUPE SOLLY AZAR – 60, rue de la chaussée d'Antin, 75439 PARIS CEDEX 09

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance BON PLAN SANTÉ n°....., conclu le.....

Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée et je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le, signature.....

