

Date d'effet souhaitée : ___ / ___ / ___ (Au plus tôt le lendemain de la saisie par le correspondant, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.)

VOS COORDONNÉES

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____ Email* : _____

* En nous communiquant votre email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à votre contrat par courrier électronique.

LES PERSONNES À ASSURER

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale + clé	N° R.O.	→ N° à sélectionner dans la liste des Régimes Obligatoires suivante :
vous-même		...../...../.....			1-Sécurité Sociale
vos conjoint		...../...../.....			2-Professions libérales-Non retraité
1 ^{er} enfant		...../...../.....			3-Professions libérales-Retraité
2 ^e enfant		...../...../.....			4-Artisans/commerçants-Non retraité
3 ^e enfant		...../...../.....			5-Artisans/commerçants-Retraité
4 ^e enfant		...../...../.....			6-Salariés agricoles
					7-Exploitants agricoles
					8-Alsace Moselle

Pour les régimes Professions libérales et Artisans/commerçants non retraités (contrat n° 1000), souhaitez-vous bénéficiaire de la fiscalité applicable dans le cadre de la Loi Madelin ? OUI* NON (hors formule Hopitalisation seule).

*Si oui, tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis.

VOTRE FORMULE DE GARANTIES (formule identique pour tous les assurés du contrat)

Hospitalisation seule (contrat n°5421405404)

1 2 3 4 5 6 (contrats n°1000 et n°2000) : Souhaitez-vous la version « ECO » de la formule choisie ? OUI NON
Si oui, souhaitez-vous l'option Tiers payant pour 1€/mois/contrat OUI NON

VOTRE COTISATION MENSUELLE

Cotisation TTC		
Frais de courtage annexes	+	€
Votre cotisation totale TTC/mois	=	€
+ Frais de courtage annexes d'adhésion (prélevés uniquement lors du règlement de la 1 ^{ère} cotisation)		€

PAIEMENT DE VOS COTISATIONS

Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Date de prélèvement souhaitée : 5 du mois de l'échéance 15 du mois de l'échéance

A joindre à cette demande d'adhésion : votre Relevé d'Identité Bancaire et, si différent, le Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel le versement des prestations santé devra être effectué.

Je déclare :

- demander mon adhésion, selon mon choix indiqué ci-dessus :

→ Pour les formules 1 à 6 et ECO :

- au contrat collectif n°2000 souscrit par Groupe Solly Azar auprès de **Prévoir Risques Divers** pour les Frais de santé, d'ALTHALIA pour le service Orientation en cas de Maladie grave, de CAMEIC pour la garantie Exonération des cotisations en cas de chômage, et de FIDELIA pour l'Assistance ;
- en cas de Loi Madelin, à l'association ARPTNS et au contrat collectif n°1000 souscrit par l'association ARPTNS auprès de **Prévoir Risques Divers** pour les Frais de santé, d'ALTHALIA pour le service Orientation en cas de Maladie grave, de CAMEIC pour la garantie Exonération des cotisations en cas de chômage, et de FIDELIA pour l'Assistance ;

→ Pour la formule Hospitalisation seule : au contrat collectif n°5421405404 souscrit par Groupe Solly Azar auprès de MGARD pour les Frais de santé, de CAMEIC pour la garantie Capital Coup Dur et de FIDELIA pour l'Assistance.

- avoir pris connaissance de la présente demande d'adhésion et avoir reçu et accepté, préalablement à mon adhésion, les Conditions Générales (CG-Profil Santé 09/2012)

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'adhérent :

Signature de l'assureur conseil :

Code : _____



☐ 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 (soit la date d'émission du Certificat d'Adhésion), sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation. »

En cas de renonciation, l'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, 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 – Profil Santé- TSA 91417 - 92894 Nanterre CEDEX 9.

Monsieur, Madame,

Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro d'adhésion figurant sur le Certificat d'Adhésion du contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

[Date] [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 du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires révolus, délai qui court à compter de la conclusion de votre contrat (soit la date d'émission du Certificat d'Adhésion), sous réserve qu'aucune garantie n'ait été mise en jeu.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser 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 – Profil Santé- TSA 91417 - 92894 Nanterre CEDEX 9.

Monsieur, Madame,

Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro d'adhésion figurant sur le Certificat d'Adhésion du contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

[Date] [Signature].....

Date d'effet souhaitée : ___ / ___ / ___ (Au plus tôt le lendemain de la saisie par le correspondant, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.)

VOS COORDONNÉES

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____ Email* : _____

* En nous communiquant votre email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à votre contrat par courrier électronique.

LES PERSONNES À ASSURER

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale + clé	N° R.O.	→ N° à sélectionner dans la liste des Régimes Obligatoires suivante :
vous-même		...../...../.....			1-Sécurité Sociale
vos conjoint		...../...../.....			2-Professions libérales-Non retraité
1 ^{er} enfant		...../...../.....			3-Professions libérales-Retraité
2 ^e enfant		...../...../.....			4-Artisans/commerçants-Non retraité
3 ^e enfant		...../...../.....			5-Artisans/commerçants-Retraité
4 ^e enfant		...../...../.....			6-Salariés agricoles
					7-Exploitants agricoles
					8-Alsace Moselle

Pour les régimes Professions libérales et Artisans/commerçants non retraités (contrat n° 1000), souhaitez-vous bénéficier de la fiscalité applicable dans le cadre de la Loi Madelin ? OUI* NON (hors formule Hopitalisation seule).

*Si oui, tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis.

VOTRE FORMULE DE GARANTIES (formule identique pour tous les assurés du contrat)

Hospitalisation seule (contrat n°5421405404)

1 2 3 4 5 6 (contrats n°1000 et n°2000) : Souhaitez-vous la version « ECO » de la formule choisie ? OUI NON
Si oui, souhaitez-vous l'option Tiers payant pour 1€/mois/contrat OUI NON

VOTRE COTISATION MENSUELLE

Cotisation TTC		
Frais de courtage annexes	+	€
Votre cotisation totale TTC/mois	=	€
+ Frais de courtage annexes d'adhésion (prélevés uniquement lors du règlement de la 1 ^{ère} cotisation)		€

PAIEMENT DE VOS COTISATIONS

Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Date de prélèvement souhaitée : 5 du mois de l'échéance 15 du mois de l'échéance

A joindre à cette demande d'adhésion : votre Relevé d'Identité Bancaire et, si différent, le Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel le versement des prestations santé devra être effectué.

Je déclare :

- demander mon adhésion, selon mon choix indiqué ci-dessus :

→ Pour les formules 1 à 6 et ECO :

- au contrat collectif n°2000 souscrit par Groupe Solly Azar auprès de **Prévoir Risques Divers** pour les Frais de santé, d'ALTHALIA pour le service Orientation en cas de Maladie grave, de CAMEIC pour la garantie Exonération des cotisations en cas de chômage, et de FIDELIA pour l'Assistance ;
- en cas de Loi Madelin, à l'association ARPTNS et au contrat collectif n°1000 souscrit par l'association ARPTNS auprès de **Prévoir Risques Divers** pour les Frais de santé, d'ALTHALIA pour le service Orientation en cas de Maladie grave, de CAMEIC pour la garantie Exonération des cotisations en cas de chômage, et de FIDELIA pour l'Assistance ;

→ Pour la formule Hospitalisation seule : au contrat collectif n°5421405404 souscrit par Groupe Solly Azar auprès de MGARD pour les Frais de santé, de CAMEIC pour la garantie Capital Coup Dur et de FIDELIA pour l'Assistance.

- avoir pris connaissance de la présente demande d'adhésion et avoir reçu et accepté, préalablement à mon adhésion, les Conditions Générales (CG-Profil Santé 09/2012)

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'adhérent :

Signature de l'assureur conseil :

Code : _____