

Date d'effet: /... /....

(Au plus tôt, le lendemain de la date de saisie de la demande de souscription, sous réserve du paiement de la première prime)

VOS COORDONNEES

M Mme **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.

VOTRE REGIME DE SANTE

Régime Obligatoire (salarié) GAMEX (exploitant agricole) MSA (salarié agricole) RSI (travailleurs non-salariés)

VOS GARANTIES

Hospitalisation Formule 1 Formule 2 Formule 3 Renfort 1
 Formule 4 Formule 5 Formule 6 Renfort 2

LES PERSONNES A GARANTIR

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

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

PRIME TOTALE A PAYER

..... €

VOTRE MODE DE PAIEMENT ET FRACTIONNEMENT

Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Date de prélèvement souhaitée 6 11

Joindre obligatoirement votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

Je déclare ne pas avoir été résilié pour non-paiement de primes par un précédent assureur. Je déclare demander mon adhésion au contrat individuel n° AP715749 – 44290751 souscrit auprès de Generali Vie. Je déclare avoir pris connaissance de mon droit à renonciation tel que décrit sur la page suivante de la présente demande d'adhésion, et à la notice d'information référencée EQC076ADGR SANTE TNS SENIOR valant notamment information précontractuelle telle que prévue à l'article L.112-2-1 III du Code des Assurances.

Fait à :

Le : /... /....

Signature de l'assuré(e)

Votre assureur conseil:

Réglementation

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

REGLEMENTATION SUR LE DEMARCHAGE ET LA VENTE A DISTANCE

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

Si 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, à 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. »

L'adhésion cesse à la date de réception, de la lettre de renonciation. L'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées excepté celles correspondant à la période de garantie écoulée. La connaissance d'un sinistre garanti avant l'utilisation de la faculté de renonciation annule la possibilité de renoncer à l'adhésion souscrite.

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

Monsieur, Madame,

Je soussigné (e), (nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance Santé SENIOR n°..... conclue le /... /....

Je certifie n'avoir subi aucun sinistre.

Fait à Le /... /....

Signature

Si vous avez souscrit votre contrat dans le cadre de la vente à distance.

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, à 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. »

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

Monsieur, Madame,

Je soussigné (e), (nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance Santé SENIOR n°..... conclue le /... /....

Je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le /... /....

Signature