

Bulletin d'Adhésion Complémentaire Santé Effervescence Famille

CACHET DE VOTRE ASSUREUR CONSEIL

Votre garantie complémentaire

1 ou 2

Date d'effet* : ___/___/___

de l'adhésion au contrat collectif n° 150100

*au plus tôt le lendemain de la réception de la demande de souscription

CODE :

TCV :

Vos coordonnées

M Mme Melle _____

Prénom : _____

Rue : _____

Ville : _____ C.P. : _____

E-mail : _____ Tél. : _____

Votre régime

Salariés Alsace-Moselle Agricole

Prof. libérales Commerçants/Artisans

Dans le cadre de la loi Madelin ? oui* non

*si oui, toutes les personnes inscrites doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis.

Les personnes à garantir (si plus de 3 enfants à assurer, remplir un second formulaire de souscription)

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe*	Numéro d'assuré social + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
vous-même					□□□□□□□□	
vosre conjoint						
1er enfant						
2ème enfant						
3ème enfant						Gratuit

*indiquer M pour Masculin ou F pour Féminin

Votre mode de paiement

Annuel : Par chèque Par prélèvement

Semestriel Trimestriel Mensuel
(Prélèvement automatique obligatoire)

Date de prélèvement souhaitée : 5 15 25
(Précisez le jour du mois auquel vous nous autorisez à effectuer le prélèvement).

Sous total =

Réduction de 15% en cas d'adhésion de toute la famille =

Frais de police et d'assistance (2 €/mois, 6 €/trimestre, 12 €/semestre et 24 €/an) =

Prime totale à payer =

En cas de paiement mensuel, les deux premiers mois doivent être réglés à l'adhésion, le 1er prélèvement intervenant 2 mois plus tard

Je déclare ne pas avoir été résilié(e) pour non-paiement de prime par un précédent assureur.

Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif 150100 souscrit par Solly Azar Santé & Vie auprès de L'Equité et avoir pris connaissance des conditions générales E6/4132 B relatives aux garanties accordées.

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.

Date : ___/___/___

Signature :

Votre demande de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa 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 sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

COMPTE À DÉBITER

CODES

Établiss.

Guichet

N° de Compte

Clé

RIB

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
346276



Gestion Santé

44-50, avenue du Capitaine Glarner
93407 Saint-Ouen Cedex

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.)

Bulletin d'Adhésion Surcomplémentaire Santé Effervescence Famille

CACHET DE VOTRE ASSUREUR CONSEIL



SOLLY AZAR
SANTÉ & VIE

CODE :

TCV :

Date d'effet* : ___/___/___

de l'adhésion au contrat collectif n° 300100

*au plus tôt le lendemain de la réception de la demande de souscription

Vos coordonnées

M Mme Melle _____

Prénom : _____

Rue : _____

Ville : _____ C.P. : _____

E-mail : _____ Tél. : _____

Votre régime

Salariés Alsace-Moselle Agricole

Prof. libérales Commerçants/Artisans

Dans le cadre de la loi Madelin ? oui* non

*si oui, toutes les personnes inscrites doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis.

Les personnes à garantir (si plus de 3 enfants à assurer, remplir un second formulaire de souscription)

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe*	Numéro d'assuré social + clé	Organisme d'affiliation
vous-même					□□□□□□□□
votre conjoint					
1er enfant					
2ème enfant					
3ème enfant					

*indiquer M pour Masculin ou F pour Féminin

Votre mode de paiement

Annuel : Par chèque Par prélèvement

Semestriel Trimestriel Mensuel
(Prélèvement automatique obligatoire)

Date de prélèvement souhaitée : 5 15 25
(Précisez le jour du mois auquel vous nous autorisez à effectuer le prélèvement).

L'assureur s'interdit d'utiliser les informations recueillies dans le bulletin d'adhésion à la Surcomplémentaire pour refuser la souscription de la Complémentaire ou pour en majorer la prime.

Votre demande de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa 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 sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différénd directement avec le créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

COMpte À DÉBITER

CODES

Établiss.

Guichet

N° de Compte

Clé RIB

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

346276



Gestion Santé

44-50, avenue du Capitaine Glarner
93407 Saint-Ouen Cedex

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.)

Bulletin d'Adhésion Surcomplémentaire Santé Effervescence Famille

Votre garantie surcomplémentaire

A ou B

Votre état de santé

Le bénéficiaire déclare	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	Majoration si réponse Non
1. Oui, je : <ul style="list-style-type: none"> ne suis pas actuellement atteint d'une affection nécessitant un traitement long ou régulier même temporaire (y compris traitement orthodontique) ou prise en charge à 100% par mon régime obligatoire ; n'ai pas été atteint au cours des 36 derniers mois de maladie ou d'affection cardiovasculaire, 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. Oui, je n'ai pas prévu : <ul style="list-style-type: none"> de consulter plus de 3 fois un médecin ou un autre praticien (hors maternité) dans les 2 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ; d'être hospitalisé de me faire poser des prothèses dentaires, implants ou de suivre un traitement orthodontique dans les 6 mois qui suivent 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 %
3. Oui, je ne suis pas enceinte à la date de souscription	<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 %
Majoration état de santé	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	

Votre prime

Prénom	Prime	Majoration état de santé (voir au-dessus)	Prime totale
vous-même		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	
vosre conjoint		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	
1er enfant		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	
2ème enfant		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	
3ème enfant		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 60 %	Gratuit
Sous total			=
Réduction de 15 % en cas d'adhésion de toute la famille			=
Frais de police et d'assistance (2 €/mois, 6 €/trimestre, 12 €/semestre et 24 €/an) Gratuit en cas d'adhésion à la complémentaire Effervescence			=
Prime totale à payer			=

En cas de paiement mensuel, les deux premiers mois doivent être réglés à l'adhésion, le 1er prélèvement intervenant 2 mois plus tard.

Je déclare ne pas avoir été résilié(e) pour non-paiement de prime par un précédent assureur.

Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif 300100 souscrit par Solly Azar Santé & Vie auprès de L'Equité et avoir pris connaissance des conditions générales E6/4132 B relatives aux garanties accordées.

Les réponses à la déclaration de santé ci-jointe font partie intégrante de votre adhésion au contrat 300100. 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.

Date: ___/___/___

Signature :

Votre règlement

En cas d'adhésion simultanée à une complémentaire et une surcomplémentaire Effervescence Famille, vous pouvez ne faire qu'un seul règlement.

Calculez ci-dessous le montant de votre règlement :

Adhésion complémentaire	Adhésion surcomplémentaire	Total à payer
€	€	€

En cas de paiement mensuel, votre règlement doit être égal à 2 mois de primes.