DEMANDE D'ADHÉSION

Solly Azar Assurances
60 rue de la Chaussée d'Antin – 75439 PARIS Cedex 09
Téléphone : 01 49 48 29 40 - Télécopie : 01 49 48 29 41

Effervescence santé

Date d'effet : ..... / ..... / .....
(au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime).

VOS COORDONNÉES

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
N° téléphone : ..... E-mail : .....

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

☐ Salarié ☐ Agricole ☐ Alsace Moselle ☐ Travailleur Non Salarié (TNS)
Loi Madelin ? ☐ Oui* ☐ Non (* tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOS GARANTIES (une seule par adhésion)

☐ Formule 1 ☐ Formule 2 ☐ Formule 3 ☐ Formule 4 ☐ Formule 5

LES PERSONNES À GARANTIR (si plus de 5 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		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
1er enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
2ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
3ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
4ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
5ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit

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

Sous-total =	
Réduction : ☐ couple 5% ☐ famille 10% (cocher la case correspondante)=	
Frais de police et d'assistance (2€/mois, 6€/trimestre, 12€/semestre, 24€/an =	
PRIME TOTALE A PAYER = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)	

VOTRE MODE DE PAIEMENT

☐ Annuel :
☐ Semestriel : ⟩ ☐ par chèque ☐ par prélèvement

☐ Trimestriel :
☐ Mensuel : ⟩ ☐ par prélèvement automatique obligatoire

Date de prélèvement souhaitée : 5 ☐ 15 ☐ 25 ☐

Joindre **obligatoirement votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal** ainsi que l'autorisation de prélèvement remplie et signée, en cas de prélèvement des cotisations.

Je déclare ne pas avoir été résilié(e) pour non paiement de primes par un précédent assureur.
Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n°2349 (n°2350 si adhésion loi Madelin) souscrit auprès de la CAMEIC. Je déclare avoir pris connaissance de mon droit à renonciation tel que décrit au dos de la présente demande d'adhésion, et de la notice d'information référencée EFF SANTE 07 2008 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances.
Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à sa date de conclusion indiquée ci-après. Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité de l'adhésion, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

Date de conclusion de L'adhésion : .....

Signature

Votre assureur conseil :

CODE ..... TCV .....

ADH / EFF - 4 000 ex - 06/2008.

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, 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. »*

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 correspondantes 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 …….....…(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer au contrat d'assurance Effervescence 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 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 adhésion au contrat.

L'adhésion cesse 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 au 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 Effervescence Santé n°……, conclue le…….
Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre de la dite adhésion au 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……..

DEMANDE D'ADHÉSION

Solly Azar Assurances
60 rue de la Chaussée d'Antin – 75439 PARIS Cedex 09
Téléphone : 01 49 48 29 40 - Télécopie : 01 49 48 29 41

Effervescence santé

Date d'effet : ..... / ..... / .....
(au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime).

VOS COORDONNÉES

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
N° téléphone : ..... E-mail : .....

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

☐ Salarié ☐ Agricole ☐ Alsace Moselle ☐ Travailleur Non Salarié (TNS)
Loi Madelin ? ☐ Oui* ☐ Non (* tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOS GARANTIES (une seule par adhésion)

☐ Formule 1 ☐ Formule 2 ☐ Formule 3 ☐ Formule 4 ☐ Formule 5

LES PERSONNES À GARANTIR (si plus de 5 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		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
1er enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
2ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
3ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
4ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
5ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
Joindre la photocopie de l'attestation vitale de chaque personne à garantir		**Sous-total =**				
		Réduction : ☐ couple 5% ☐ famille 10% (cocher la case correspondante)=				
		Frais de police et d'assistance (2€/mois, 6€/trimestre, 12€/semestre, 24€/an =				
		PRIME TOTALE A PAYER = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)				

VOTRE MODE DE PAIEMENT

☐ Annuel :
☐ Semestriel : ⟩ ☐ par chèque ☐ par prélèvement

☐ Trimestriel :
☐ Mensuel : ⟩ ☐ par prélèvement automatique obligatoire

Date de prélèvement souhaitée : 5 ☐ 15 ☐ 25 ☐

Joindre **obligatoirement votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal** ainsi que l'autorisation de prélèvement remplie et signée, en cas de prélèvement des cotisations.

Je déclare ne pas avoir été résilié(e) pour non paiement de primes par un précédent assureur.
Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n°2349 (n°2350 si adhésion loi Madelin) souscrit auprès de la CAMEIC. Je déclare avoir pris connaissance de mon droit à renonciation tel que décrit au dos de la présente demande d'adhésion, et de la notice d'information référencée EFF SANTE 07 2008 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances.
Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à sa date de conclusion indiquée ci-après. Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité de l'adhésion, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

Date de conclusion de l'adhésion : .....

Signature	Votre assureur conseil :
	CODE ..... TCV .....

ADH / EFF - 4 000 ex - 06/2008.

DEMANDE D'ADHÉSION

Solly Azar Assurances
60 rue de la Chaussée d'Antin – 75439 PARIS Cedex 09
Téléphone : 01 49 48 29 40 - Télécopie : 01 49 48 29 41

SOLLY AZAR ASSURANCES

Effervescence santé

Date d'effet : ..... / ..... / .....
(au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime).

VOS COORDONNÉES

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
N° téléphone : ..... E-mail : .....

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

☐ Salarié ☐ Agricole ☐ Alsace Moselle ☐ Travailleur Non Salarié (TNS)
Loi Madelin ? ☐ Oui* ☐ Non (* tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOS GARANTIES (une seule par adhésion)

☐ Formule 1 ☐ Formule 2 ☐ Formule 3 ☐ Formule 4 ☐ Formule 5

LES PERSONNES À GARANTIR (si plus de 5 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		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
1er enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
2ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	
3ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
4ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit
5ème enfant		...../...../.....		_ __ __ __ ___ ___ __	__ ___ ___ _	Gratuit

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

Sous-total =	
Réduction : ☐ couple 5% ☐ famille 10% (cocher la case correspondante)=	
Frais de police et d'assistance (2€/mois, 6€/trimestre, 12€/semestre, 24€/an =	
PRIME TOTALE A PAYER = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)	

VOTRE MODE DE PAIEMENT

☐ Annuel :
☐ Semestriel : ⟩ ☐ par chèque ☐ par prélèvement

☐ Trimestriel :
☐ Mensuel : ⟩ ☐ par prélèvement automatique obligatoire

Date de prélèvement souhaitée : 5 ☐ 15 ☐ 25 ☐

Joindre **obligatoirement votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal** ainsi que l'autorisation de prélèvement remplie et signée, en cas de prélèvement des cotisations.

Je déclare ne pas avoir été résilié(e) pour non paiement de primes par un précédent assureur.
Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n°2349 (n°2350 si adhésion loi Madelin) souscrit auprès de la CAMEIC. Je déclare avoir pris connaissance de mon droit à renonciation tel que décrit au dos de la présente demande d'adhésion, et de la notice d'information référencée EFF SANTE 07 2008 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances.
Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à sa date de conclusion indiquée ci-après. Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité de l'adhésion, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

Date de conclusion de l'adhésion : .....

Signature

Votre assureur conseil :

CODE ..... TCV .....

ADH / EFF - 4 000 ex - 06/2008.