

Date d'effet* : ____/____/____

*[au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve de paiement de la 1^{re} prime]

VOS COORDONNÉES

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____
Rue : _____
CP : _____ Ville : _____
Tél : _____ E-mail : _____

VOTRE REGIME

Salarié Alsace Moselle Agricole TNS
Loi Madelin ? : OUI* NON
(*toutes les personnes inscrites doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOS GARANTIES (UNE SEULE PAR ADHÉSION)

Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4 Formule 5
 Formule 1 + renfort Formule 2 + renfort Formule 3 + renfort Formule 4 + renfort Formule 5 + renfort

VOTRE PROFIL (déterminé grâce au questionnaire **facultatif** de l'ACSR - Association pour un Comportement Santé Responsable) :

Profil 1/questionnaire non rempli
Tarif de base Profil 2
-3 % Profil 3
-6% Profil 4
-9% Profil 5
-12%

LES PERSONNES À GARANTIR (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire de souscription)

Nom	Prénom	Date naissance	Sexe	N° Sécurité Sociale + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
Vous même		__/__/__		-----	-----	
Votre conjoint		__/__/__		-----	-----	
1 ^{er} enfant		__/__/__		-----	-----	
2 ^e enfant		__/__/__		-----	-----	
3 ^e enfant		__/__/__		-----	-----	
4 ^e enfant		__/__/__		-----	-----	
5 ^e enfant		__/__/__		-----	-----	
Joindre la photocopie de l'attestation vitale de chaque personne à garantir				Sous total =		
				Réduction profil ACSR (voir ci-dessus) =		
				Réduction de 5% en cas d'adhésion familiale =		
				Frais de police et d'assistance (1,90 €/ mois, 5,70 €/ trimestre, 11,40 €/ semestre, 22,80 €/an) =		
				Frais d'adhésion à l'A.C.S.R. (0,10 €/ mois, 0,30 €/ trimestre, 0,60 €/ semestre, 1,20 €/an) =		
				PRIME TOTALE A PAYER =		
				<small>(en cas de paiement mensuel, les deux premiers mois doivent être réglés à l'adhésion, le 1^{er} prélèvement intervenant 2 mois plus tard)</small>		

VOTRE MODE DE PAIEMENT

Annuel : } par chèque par prélèvement
 Semestriel : }
 Trimestriel : } Par prélèvement automatique obligatoire
 Mensuel : }

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 prime par un précédent assureur.

Je déclare demander mon adhésion aux contrats collectifs n°2041 et n°2042 souscrits par L'Association pour un Comportement Santé Responsable (A.C.S.R.) auprès de la CAMEIC et avoir pris connaissance des Conditions Générales CSA 01/2006 relatives aux garanties accordées.

Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 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.

Si l'adhésion est réalisée dans le cadre d'un démarchage à domicile tel que défini par les articles L121.21 et suivants du Code de la Consommation, veuillez cocher la case suivante et vous reporter à l'annexe intitulée "dispositions applicables en cas de démarchage à domicile".

Fait à : _____ le : ____/____/____

Signature

Cachet de votre Assureur Conseil

CODE : _____ TCV : _____

Afin de nous permettre de vous adresser au plus vite votre Contrat Santé, merci de compléter intégralement le Bulletin d'Adhésion joint et de vérifier avant envoi, si votre dossier est complet. Les équipes de Solly Azar Santé & Vie et votre assureur conseil vous remercient de votre confiance et sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire ou pour vous aider à compléter votre demande d'adhésion.

A NOUS TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT AVEC LE BULLETIN D'ADHESION

- La photocopie de votre attestation de Carte Vitale et celle des autres personnes à garantir.
- Votre chèque de règlement représentant votre première prime ou 2 mois de primes si vous avez opté pour le paiement mensuel.
- Votre RIB ainsi que l'autorisation de prélèvement ci-dessous dûment remplie et signée dans le cas où vous avez choisi un paiement par prélèvement.


A NOUS TRANSMETTRE AVEC LE BULLETIN D'ADHESION OU A FAIRE SUIVRE

- Votre RIB pour le virement des prestations (si différent de celui du paiement des primes).

VOTRE AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement 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 par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
3 4 6 2 7 6

 **SOLLY AZAR SANTÉ & VIE**
44/50, avenue du Capitaine Glarner
93407 Saint Ouen Cedex

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR
(ÉCRIRE EN MAJUSCULES)

NOM _____
PRÉNOM _____
N° RUE _____
C. POSTAL | | | | | VILLE _____

COMpte À DÉBITER

CODES ETABLISSEMENT GUICHET	N° DU COMPTE 	CLÉ R.I.B.
--	-------------------------	-----------------------

L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

NOM _____
N° RUE _____
C. POSTAL | | | | | VILLE _____

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP).