

# DEMANDE D'ADHESION COMPLEMENTAIRE SANTE "SANTE PERFORMANCE"

Europea Santé

**code : 11472**

6, rue Jean-Croix Treyeran - 33200 Bordeaux Caudéran  
Téléphone : 05 56 02 94 29 - Fax : 05 57 22 40 60

Europea, Sarl au capital de 232 000 € - RCS Bordeaux B 399 540 749. Garanties financières et Assurance de responsabilité civile conforme au Code des Assurances.  
Numéro ORIAS 07000612 - www.orias.fr - Sous le contrôle de l'ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles) 61 rue taitbout 75009 PARIS.

**Date d'effet\* :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\*(au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion chez Europea Santé, sous réserve de paiement de la 1ere prime)

### COORDONNEES DU SOUSCRIPTEUR

M.    Mme    Mlle   Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_   Ville : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_   Email : \_\_\_\_\_

### LOI MADELIN :

Oui    Non

*à remplir uniquement pour les TNS*

### VOS GARANTIES (UNE SEULE PAR ADHESION)

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

### VOTRE PROFIL (Déterminé grâce au questionnaire facultatif de l'ACSR - Association pour un Comportement Santé Responsable)

Profil 1 /    Profil 2    Profil 3    Profil 4    Profil 5

Questionnaire non rempli

### PERSONNES A GARANTIR

\*Régime : 1. Salarié   2. Alsace Moselle   3. TNS

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Régime*	N° Sécurité Sociale + Clé	Organisme affiliation
Vous même			__/__/__			
Votre Conjoint			__/__/__			
1er enfant			__/__/__			
2e enfant			__/__/__			
3e enfant			__/__/__			
4e enfant			__/__/__			
5e enfant			__/__/__			

### ELEMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

- Demande d'adhésion Europea Santé
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postale (RIP)
- \*Les 2 premiers mois de cotisation
- Questionnaire ACSR
- Photocopie de l'attestation vitale de chaque personne à garantir

### COTISATION MENSUELLE

**Ma 1ere cotisation**  
**pour les 2 premiers mois\* :**  

**Prime mensuelle :**  

### VOTRE MODE DE PAIEMENT

Date de prélèvement souhaitée :

- Prélèvement automatique mensuel le 5 du mois  
 Prélèvement automatique mensuel le 15 du mois  
 Prélèvement automatique mensuel le 25 du mois

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.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

Conditions négociées auprès de

SOLLY AZAR SANTE VIE - S.A.S. au capital de 38 113 € - N° RCS PARIS 397 934 670

Garanties financières et assurance de responsabilité civile conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances

