

DEMANDE D'ADHÉSION BELLAVITA SANTÉ

Contrat d'assurance collective à adhésion individuelle n°CT 175 00 29
SOLLY AZAR ASSURANCES - 44-50 avenue du Capitaine Glarner
93407 Saint-Ouen Cedex
Téléphone : 01 49 48 29 40 - Télécopie : 01 49 48 29 41



BellaVita Santé

Date d'effet souhaitée : / /

(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

(* toutes les personnes doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOS GARANTIES (une seule par adhésion)

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

LES PERSONNES À GARANTIR

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale + Clé	Organisme d'affiliation	Votre prime mensuelle
vous même	/...../.....	-----	-----	€
votre conjoint	/...../.....	-----	-----	€
Sous total =					€
Réduction couple de 10%					- €
Frais de police et d'assistance					+ 2,00 €
PRIME TOTALE A PAYER = (la 1ère prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet du contrat)					€

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

VOTRE MODE DE PAIEMENT

Mensuel par prélèvement obligatoire

Date de prélèvement souhaitée : 5 15 25

Joindre **obligatoirement** votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal ainsi que l'autorisation de prélèvement ci-jointe remplie et signée.

DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ

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 n° CT175 00 29 souscrit auprès de SERENIS ASSURANCES. 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 SA BellaVita Santé 09/07 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L112-2-1 III du Code des Assurances. Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à sa date de conclusion indiquée ci-après.

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des Organismes Professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'assureur (Loi 78.17 du 6 Janvier 1978) **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.**

Le contrat BellaVita SANTE a été souscrit simultanément à un autre contrat proposé dans le Coffret BellaVita (joindre les demandes d'adhésion). Oui Non

Précisez : BellaVita Dépendance BellaVita Obsèques BellaVit'Animo

Date de conclusion de l'adhésion

Signature :

Votre assureur conseil : 11472

EUROPEA SARL
ASSURANCES - FINANCES
6, rue Jean Croix-Treyéran
BP 47
CODE 33019 BORDEAUX Cedex
Tél : 05 56 02 94 29 - Fax : 05 57 22 40 60
CCP 8598 32 U - BOR

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 souscrite votre adhésion 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.* »

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation. L'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, dans un délai de 30 jours, excepté celles correspondantes à la période de garantie écoulée. La survenance d'un sinistre garanti pendant le délai de renonciation prive d'effet ladite renonciation.

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

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance Bella Vita santé n°....., conclue 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 non écoulée. »

Fait à Le, Signature.....

Si vous avez souscrite votre adhésion 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 contrat.

Les garanties cessent 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

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance Bella Vita santé n°....., conclue le.....

Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit 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.....



AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BELLAVITA SANTÉ

Nous vous remercions de compléter et signer l'autorisation de prélèvement ci-contre.

N'oubliez pas de l'envoyer avec votre demande d'adhésion, accompagnée de votre relevé d'identité bancaire ou postal.

VOTRE AUTORISATION 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-contre. 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

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

COMPTE À DÉBITER

CODES		N° de compte	Clé RIB
Établissement	Guichet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

N° national d'émetteur : 386925



SOLLY AZAR
ASSURANCES

Solly Azar
60, rue de la Chaussée d'Antin
75439 Paris Cedex 09

L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

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