

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

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	/...../.....	-----	-----	€
vos conjoint	/...../.....	-----	-----	€
Sous total =					€
Réduction couple de 10%					- €
Frais de police et d'assistance					+ 2,00 €
PRIME TOTALE A PAYER = (la 1ère prime sera prélevée 10 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.



BellaVita Santé

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 par Groupe Solly Azar auprès de SERENIS ASSURANCES et avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales SA BellaVita Santé 09/07 relatives aux garanties accordées. En cas de souscription dans le cadre du démarchage à domicile, je reconnais avoir reçu un exemplaire de l'annexe démarchage.

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

Fait à le / /

Signature :

Votre assureur conseil :

CODE

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 ».



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		

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER



N° national d'émetteur : **386925**

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).

Demande d'adhésion



BellaVita Santé

BellaVita
le coffret
l'assurance de votre sérénité

