

## 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  |        | ...../...../..... | -----                        | -----                   | €                     |
| <b>Sous total =</b>   |        |                   |                              |                         | €                     |
| <b>Réduction couple de 10%</b>  |        |                   |                              |                         | - €                   |
| <b>Frais de police et d'assistance</b>  |        |                   |                              |                         | + 2,00 €              |
| <b>PRIME TOTALE A PAYER =</b><br>(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 :

CODE .....

## 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

|               |         |              |         |
|---------------|---------|--------------|---------|
| Établissement | Guichet | N° de compte | Clé RIB |
|               |         |              |         |

Date :

Signature :

### NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

N° national d'émetteur : **386925**

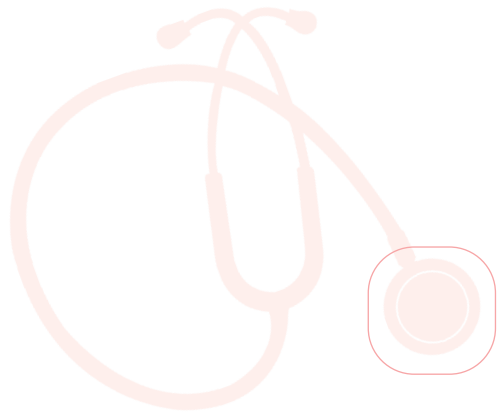


**Solly Azar**  
60, rue de la Chaussée d'Antin  
75439 Paris Cedex 09

### L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

Nom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

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



**BellaVita**  
le coffret  
l'assurance de votre sérénité

**BellaVita**  
le coffret  
l'assurance de votre sérénité

## Bulletin d'adhésion



**BellaVita Santé**

BIA BV Santé - 3000 ex. - 07/2008



**SOLLY AZAR**  
ASSURANCES

Assurément différent.

Groupes Solly Azar - SAS au capital de 200 000 euros  
353 508 955 RCS Paris - Société de Courtage d'Assurances  
Siège social 60 rue de la Chaussée d'Antin, 75439 Paris Cedex 09  
N° ORIAS 07 008 500 - www.orias.fr