

Date d'effet : / /

(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 Salaré (TNS)

Loi Madelin ? Oui* Non (* tous les assurés 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 Profil 2 Profil 3 Profil 4 Profil 5
 Tarif de base -3% -6% -9% -12%

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

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité Sociale + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
vous-même	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
votre conjoint	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
1 ^{er} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
2 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
3 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
4 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
5 ^{ème} 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 (0,90€/mois, 2,70€/trimestre, 5,40€/semestre, 10,80€/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 = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)

VOTRE MODE DE PAIEMENT

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

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 primes par un précédent assureur.

Je demande mon adhésion au contrat collectif n° 2041 ou n°2042 souscrits par L'Association pour Un Comportement Santé Responsable (A.C.S.R.) auprès de la CAMEIC. 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 CSA 01/2006 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances. Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à la date de conclusion indiquée ci-après.

Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité de l'adhésion, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

date de conclusion de l'adhésion :

Signature

Votre assureur conseil :

CODE TCV

RÈGLEMENTATION SUR LE DÉMARCHAGE ET LA VENTE À DISTANCE

Nous vous remercions de cocher la case correspondant au cadre dans lequel votre adhésion a été souscrite

Si vous avez souscrit votre contrat 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.* »

L'adhésion cesse à la date de réception de la lettre de renonciation. L'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, excepté celles correspondantes à la période de garantie écoulée. La connaissance d'un sinistre garanti avant l'utilisation de la faculté de renonciation annule la possibilité de renoncer à l'adhésion.

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 IMAGINEA SANTE 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 souscrit votre contrat 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 adhésion au contrat.

L'adhésion cesse 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 IMAGINEA SANTE 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.....

Date d'effet : / /

(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 Salaré (TNS)

Loi Madelin ? Oui* Non (* tous les assurés 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 Profil 2 Profil 3 Profil 4 Profil 5
 Tarif de base -3% -6% -9% -12%

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

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité Sociale + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
vous-même	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
votre conjoint	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
1 ^{er} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
2 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
3 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
4 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
5 ^{ème} 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 (0,90€/mois, 2,70€/trimestre, 5,40€/semestre, 10,80€/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 = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)

VOTRE MODE DE PAIEMENT

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

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 primes par un précédent assureur.

Je demande mon adhésion au contrat collectif n° 2041 ou n°2042 souscrits par L'Association pour Un Comportement Santé Responsable (A.C.S.R.) auprès de la CAMEIC. 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 CSA 01/2006 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances. Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à la date de conclusion indiquée ci-après.

Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité de l'adhésion, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

date de conclusion de l'adhésion :

Signature

Votre assureur conseil :

CODE TCV

Date d'effet : / /

(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 Salaré (TNS)

Loi Madelin ? Oui* Non (* tous les assurés 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 Profil 2 Profil 3 Profil 4 Profil 5
 Tarif de base -3% -6% -9% -12%

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

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité Sociale + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
vous-même	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
vos conjoint	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
1 ^{er} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
2 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
3 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
4 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
5 ^{ème} 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 (0,90€/mois, 2,70€/trimestre, 5,40€/semestre, 10,80€/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 = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)

VOTRE MODE DE PAIEMENT

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

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 primes par un précédent assureur.

Je demande mon adhésion au contrat collectif n° 2041 ou n°2042 souscrits par L'Association pour Un Comportement Santé Responsable (A.C.S.R.) auprès de la CAMEIC. 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 CSA 01/2006 valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances. Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à la date de conclusion indiquée ci-après.

Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité de l'adhésion, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

date de conclusion de l'adhésion :

Signature

Votre assureur conseil :

CODE TCV

Afin de vous adresser au plus vite votre Contrat Santé, merci de compléter intégralement le Bulletin d'Adhésion joint et de vérifier avant envoi, que votre dossier est complet.

Les équipes de Solly Azar Assurances 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'ADHÉSION

- La photocopie de votre attestation de Carte Vitale et celle des autres personnes à garantir.
- Votre chèque de règlement représentant votre première prime si vous avez choisi un paiement par chèque.
- 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'ADHÉSION OU A FAIRE SUIVRE

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

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
3 4 6 2 7 6



SOLLY AZAR ASSURANCES
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).