

Date d'effet souhaitée : / /

(Au plus tôt le lendemain de la date de saisie par le courtier, sous réserve du paiement de la première cotisation).

VOS COORDONNÉES

☐ M. ☐ Mme Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : / / Email* :

*En nous communiquant votre email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à votre contrat par courrier électronique.

LES PERSONNES À ASSURER

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale + clé	N° R.O.	> N° à sélectionner dans la liste des Régimes Obligatoires suivants :
Vous-même					
Votre conjoint					
1 ^{er} enfant					
2 ^e enfant					
3 ^e enfant					
4 ^e enfant					
					1. Sécurité Sociale
					2. Professions Libérales
					3. Artisans Commerçants
					4. Salariés Agricoles
					5. Exploitants Agricoles
					6. Alsace Moselle

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

VOTRE FORMULE DE GARANTIES (formule identique pour tous les assurés du contrat)

☐ Hospitalisation ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

☐ Renfort 1 ☐ Renfort 2

VOTRE COTISATION MENSUELLE

Cotisation TTC € + Frais de courtage annexes € + Votre cotisation totale TTC/mois = €

+ Frais d'adhésion (prélevés uniquement lors du règlement de la 1^{re} cotisation) €

PAIEMENT DE VOS COTISATIONS

☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

Date de prélèvement souhaitée : ☐ 6 du mois de l'échéance ☐ 11 du mois de l'échéance

À joindre à cette demande d'adhésion : votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

Je déclare que toutes les réponses et déclarations reprises aux présentes demandes d'adhésions pour permettre à l'Assureur de se faire une juste appréciation des risques sont sincères et à ma connaissance exacte.

Je déclare ne pas avoir été résilié pour non-paiement de primes par un précédent assureur. Je déclare demander mon adhésion au(x) contrat(s) n° AC489 895, AC 489 996, AC 489 897 et AC 489 898 souscrits auprès de L'Equité. Je déclare avoir pris connaissance de mon droit à renonciation tel que décrit au dos de la présente demande d'adhésion, et à la notice d'information référencée EQC076ADG NIR (Hospitalisation seule)

et EQC076ADGR SANTÉ SENIORS valant notamment information précontractuelle telle que prévue à l'article L.112-2-1 III du Code des Assurances. Je demande expressément l'exécution immédiate de mon adhésion à sa date de conclusion indiquée ci-après. Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L.113-8 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.

Fait à :

Le / /

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'assureur conseil :

Code :

RÉGLEMENTATION

☐ 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 (soit la date d'émission du Certificat d'Adhésion), sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

En cas de renonciation, l'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, 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 à GROUPE SOLLY AZAR – Profil Santé- TSA 91417 - 92894 Nanterre CEDEX 9.

Monsieur, Madame,

Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro d'adhésion figurant sur le Certificat d'Adhésion du contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

[Date] [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 du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires révolus, délai qui court à compter de la conclusion de votre contrat (soit la date d'émission du Certificat d'Adhésion), sous réserve qu'aucune garantie n'ait été mise en jeu.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser 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 à Groupe Solly Azar, 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 Paris Cedex 09.

Monsieur, Madame,

Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer au contrat d'assurance n° [numéro d'adhésion figurant sur le Certificat d'Adhésion du contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

[Date] [Signature]