

# Bulletin d'adhésion



Numéro de contrat : xxxxxxx

## Identification de l'assuré

Prénom : Manon  
Nom : BONHOMME  
Date de naissance : xx/xx/xx

## Votre contrat :

Date d'effet : 01/09/2021  
Votre offre : Premium  
La cotisation : X €  
La garantie : xxxxx xxxx xxxxx

## Les bénéficiaires

Il n'y a pas d'autres bénéficiaires sur le contrat

## Vos coordonnées

Fonction : xxxxxxxxxxxxxx  
Courriel: xxxxxxxxxxxxxxxxxx@xxxxxxxxxx.xx Téléphone : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

## Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents suivants

- ☒ Les Statuts et les Conditions Générales
- ☒ La Notice d'Information
- ☒ Le descriptif des garanties

## Vous vous engagez à fournir

☐ un RIB