

Proposition d'assurance



SwissLife

Votre interlocuteur

☐ Affaire nouvelle ☐ En remplacement d'un contrat d'un autre assureur

☐ Avenant au contrat n° : ☐ Remplacement du contrat n° :

Code :

INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSURÉS

	Souscripteur ou adhérent	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Nom
Prénom
Date de naissance
Pour les TNS : adhérent <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> autre organisme <input type="checkbox"/>			Ayant droit de	Ayant droit de	Ayant droit de
NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE					
CLÉ					
CODE GRAND RÉGIME					
CODE CAISSE					
CODE CENTRE DE PAIEMENT					
M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR OU DE L'ADHÉRENT

N° de N° de client
personne intermédiaire

Identification :

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom
Prénom Compl. d'identité

Adresse :

N° Rue
Rés., Bât., Appt.
Lieu-dit / Hameau Code postal
Localité
Tél. domicile
Tél. professionnel Fax

Informations personnelles :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve) ☐ Concubin(e)
Enfant(s) à charge ☐ oui ☐ non

Profession très précise :

☐ Exploitant agricole ☐ Artisan ☐ Commerçant ☐ Chef d'entreprise
☐ Profession libérale ☐ Cadre, professeur, profession intellectuelle, scientifique ou artistique
☐ Technicien, agent de maîtrise, instituteur, etc.
☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Retraité ☐ Autre sans profession
Régime social ☐ S.S. ☐ T.N.S. ☐ Agricole

LES GARANTIES CHOISIES

1 € = 6,55957 FRF

	Souscripteur ou adhérent	Conjoint	Enfants	Cotisation mensuelle
Swiss santé	Formule choisie		 €

Date d'effet souhaitée Échéance anniversaire

LOI MADELIN

☐ OUI

☐ NON

DROIT D'ENTRÉE AGIS : 7 €

Dans l'affirmative, je demande mon adhésion à l'AGIS, association loi 1901 dont le siège est au 66 rue Taitbout - 75009 PARIS. J'adhère à un des régimes de prévoyance collectifs souscrits par l'AGIS auprès de SwissLife Prévoyance et Santé. Je déclare sur l'honneur être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux obligatoires de Sécurité Sociale et avoir été informé(e) que le maintien de l'affiliation au contrat est subordonné au paiement de ces cotisations. J'adresse à l'assureur l'attestation de la Sécurité Sociale requise par la loi, lors de mon adhésion et au renouvellement de celle-ci.

Signature :

Mode de paiement des cotisations ☐ annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel ☐ mensuel (uniquement par prélèvement automatique)
Prélèvement automatique ☐ oui ☐ non ☐ le 5 ☐ 10 ☐ 20 ☐ le dernier jour du mois Si oui, compléter l'autorisation de prélèvement.
J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

☐ Je verse un acompte de euros pour une période de garantie de mois à titre de provision sur le contrat à établir.
ou ☐ Je demande le prélèvement automatique de l'acompte (droit d'entrée AGIS réglé par chèque).

LE SOUSSIGNÉ

- déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente demande de souscription qui sert de base au contrat qu'il désire souscrire et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner les sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances,
- déclare avoir reçu un exemplaire des dispositions générales - notice d'information et en avoir pris connaissance,
- peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage du groupe Swiss Life en France, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés conformément à la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, au siège de la société.

Fait à le

Signature du souscripteur ou de l'adhérent précédée de la mention " Lu et approuvé "

La télétransmission des décomptes venant des caisses primaires d'assurance maladie ne peut concerner que les personnes bénéficiaires de l'assurance.

Si le soussigné refuse le traitement automatique de ses prestations maladie avec les caisses primaires, nous le prions de bien vouloir recopier la mention suivante :
" Je refuse le traitement automatique de mes prestations venant de ma caisse primaire d'assurance maladie " et de la signer.