

Proposition d'assurance



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 RAM <input type="checkbox"/> autre organisme <input type="checkbox"/>			Ayant droit de	Ayant droit de	Ayant droit de
M	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE u contrat n° CLÉ CODE GRAND RÉGIME CODE CAISSE CODE CENTRE DE PAIEMENT		<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 personne N° de client intermédiaire

Identification :

M. Mme Mlle Nom
Prénom Compl. d'identité

Adresse :

.....
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 le 10 le 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.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessous.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

149616

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

SwissLife Prévoyance et Santé

1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 1

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom et adresse postale de l'Établissement teneur du compte à débiter

COMPTE À DÉBITER

CODES

Établissement

Guichet

N° DE COMPTE

CLÉ

RIB

Fait à _____

SIGNATURE :

le _____