Proposition d'assurance

SwissLife

Votre interlocuteur

Code : .....

❒ **Affaire nouvelle** ❒ **En remplacement d'un contrat d'un autre assureur**

❒ **Avenant** au contrat n° : ..... ❒ **Remplacement** du contrat n° : .....

INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSURÉS

	Souscripteur ou adhérent	Conjoint	1er enfant	2e enfant	3e enfant
Nom	.....	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....	.....	.....
Pour les TNS : adhérent RAM ❒ autre organisme ❒			Ayant droit de	Ayant droit de	Ayant droit de
	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE / CLÉ / CODE GRAND RÉGIME / CODE CAISSE / CODE CENTRE DE PAIEMENT				
M			❒	❒	❒
Mme			❒	❒	❒

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 :

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.

EX. 1 : COMPAGNIE - EX. 2 : SOUSCRIPTEUR

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08. - SA au capital de € 150.000.000. - Entreprise régie par le Code des Assurances - 322.215.021 RCS Paris.

Mod. 5075 B - 04/2004