

Date d'effet* : / /

(au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime).

VOS COORDONNÉES

M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° téléphone : E-mail :

VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

Salarié Agricole Alsace Moselle Travailleur Non Salaré (TNS)

Loi Madelin ? Oui* Non (* tous les assurés doivent être TNS, sinon 2 contrats seront émis)

VOS GARANTIES (une seule par adhésion)

Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4 Formule 5
 Formule 1 + renfort Formule 2 + renfort Formule 3 + renfort Formule 4 + renfort Formule 5 + renfort

VOTRE PROFIL (déterminé grâce au questionnaire facultatif de l'ACSR - Association pour un Comportement Santé Responsable)

Profil 1/Questionnaire non rempli Profil 2 Profil 3 Profil 4 Profil 5
 Tarif de base -3% -6% -9% -12%

LES PERSONNES À GARANTIR (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire de souscription)

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité Sociale + clé	Organisme d'affiliation	Votre prime
vous-même	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
vos conjoint	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
1 ^{er} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
2 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
3 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
4 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
5 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -	- - - - -	
Joindre la photocopie de l'attestation vitale de chaque personne à garantir						Sous-total = Réduction profil ACSR (voir ci-dessus) = Réduction de 5% en cas d'adhésion familiale = Frais de police et d'assistance (0,90€/mois, 2,70€/trimestre, 5,40€/semestre, 10,80€/an) = Frais d'adhésion à l'A.C.S.R. (0,10€/mois, 0,30€/trimestre, 0,60€/semestre, 1,20€/an) = PRIME TOTALE A PAYER = (La première prime sera prélevée 3 jours après la date d'effet)

VOTRE MODE DE PAIEMENT

Annuel : par chèque par prélèvement
 Semestriel : par prélèvement automatique obligatoire
 Trimestriel : par prélèvement automatique obligatoire
 Mensuel : par prélèvement automatique obligatoire

Date de prélèvement souhaitée : 5 15 25

Joindre obligatoirement votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal ainsi que l'autorisation de prélèvement remplie et signée, en cas de prélèvement des cotisations.

Je déclare ne pas avoir été résilié(e) pour non paiement de primes par un précédent assureur.

Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n° 2041 et n°2042 souscrits par L'Association pour un Comportement Santé Responsable (A.C.S.R.) auprès de la CAMEIC et avoir pris connaissance des Conditions Générales CSA 01/2006 relatives aux garanties accordées.

Toute fausse déclaration ou omission entraînera selon les articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, soit la nullité du contrat, soit une diminution de vos indemnités, soit une augmentation de vos primes.

Si l'adhésion est réalisée dans le cadre d'une démarche à domicile telle que définie par les articles L121.21 et suivants du Code de la Consommation, veuillez cocher la case suivante et vous reporter à l'annexe intitulée « dispositions applicables en cas de démarchage à domicile ».

Fait à : le :/...../.....

Signature

Votre assureur conseil :

CODE TCV