

-
- Affaire nouvelle
-
- Avenant
-
- Remplacement du contrat N°
-
- Vente à distance
-
- Démarchage

Souscripteur

Melle
 Mme
 M.
 Nom
 Prénom
 Né(e) le : ____ / ____ / ____
 Adresse
 Code Postal
 Ville
 Téléphone []
 Profession

Bénéficiaires (joindre obligatoirement une copie des attestations Carte Vitale)

Bénéficiaire 1
 Nom*
 Prénom
 Né(e) le : ____ / ____ / ____
 Régime d'affiliation
 Sécurité Sociale
 Amexa
 RSI
 Alsace/Moselle
 N° Sécurité Sociale []
 Statut
 Assuré social
 Ayant-droit

Bénéficiaire 2
 Nom*
 Prénom
 Né(e) le : ____ / ____ / ____
 Régime d'affiliation
 Sécurité Sociale
 Amexa
 RSI
 Alsace/Moselle
 N° Sécurité Sociale []
 Statut
 Assuré social
 Ayant-droit

Bénéficiaire 3
 Nom*
 Prénom
 Né(e) le : ____ / ____ / ____
 Régime d'affiliation
 Sécurité Sociale
 Amexa
 RSI
 Alsace/Moselle
 N° Sécurité Sociale []
 Statut
 Assuré social
 Ayant-droit

Bénéficiaire 4
 Nom*
 Prénom
 Né(e) le : ____ / ____ / ____
 Régime d'affiliation
 Sécurité Sociale
 Amexa
 RSI
 Alsace/Moselle
 N° Sécurité Sociale []
 Statut
 Assuré social
 Ayant-droit

Bénéficiaire 5
 Nom*
 Prénom
 Né(e) le : ____ / ____ / ____
 Régime d'affiliation
 Sécurité Sociale
 Amexa
 RSI
 Alsace/Moselle
 N° Sécurité Sociale []
 Statut
 Assuré social
 Ayant-droit

Présence d'un affilié non couvert au contrat (joindre la photocopie de son attestation Carte Vitale).
* Si différent du souscripteur.

Clauses particulières

- CP105 : Aide Complémentaire Santé (joindre justificatif)
 CP110/111 : Abrogation de la période transitoire – Compagnie du contrat antérieur :

Garantie souscrite

Date d'effet	___ / ___ / ___	Formule	<input type="checkbox"/> Essentielle <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Senior	Niveau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Réduction spécifique	<input type="checkbox"/> CP120 : Profession libérale <input type="checkbox"/> CP121 : Créateur d'entreprise <input type="checkbox"/> CP122 : Jeune agriculteur
---------------------	-----------------	----------------	---	---------------	--	-----------------------------	--

Les garanties d'assistance et d'accompagnement maladie grave sont incluses dans toutes les formules.

Modalité de règlement des cotisations

- Prélèvement automatique** (remplir l'autorisation de prélèvement ci-contre et joindre un RIB)
 Prélèvement de l'acompte obligatoire
 Fréquence de prélèvement automatique :
 Mensuel
 Trimestriel**
 Semestriel**
 Annuel
 Date de prélèvement : le
 5
 15
 25 du mois
- Autre mode de paiement**
 Trimestriel**
 Semestriel**
 Annuel
 **Frais de fractionnement en sus (T = 6,5 % et S = 4 %)

Modalité de remboursement des prestations

- Virement (si RIB différent de celui pour le règlement des cotisations joindre un RIB)
 Lettre chèque

Décompte des cotisations

Bénéficiaire 1	Âge €	}	TOTAL €
Bénéficiaire 2	Âge €		Coefficient zone tarifaire	×
Bénéficiaire 3	Âge €		Coeff. tarifaire familial	×
Bénéficiaire 4	Âge €		Coeff. Réduction spécifique	×
Bénéficiaire 5	Âge €			
				Total TTC Mensuel	= €
				Total TTC Annuel	= €

Déclarations du signataire

Votre demande d'assurance a été établie selon vos déclarations. Veuillez nous aviser de toute modification qui surviendrait. Vous reconnaissez avoir été informé du caractère obligatoire des réponses faites à la présente demande d'assurance, ainsi que des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte (réduction de l'indemnité ou nullité du contrat). Vous autorisez l'assureur à communiquer vos réponses à ses correspondants, dans la mesure où cela est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat ou des autres contrats souscrits auprès de lui.

Si la demande d'assurance s'est déroulée dans le cadre du démarchage : Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une demande d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Pour l'exercice de ce droit, le souscripteur du contrat doit adresser, à l'Assureur Conseil auprès duquel il a souscrit le contrat, une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant: « Madame, Monsieur, Je soussigné déclare renoncer au contrat fait le Date et signature ». Vous serez alors remboursé, au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu des garanties.

Si la souscription du contrat s'est déroulée dans le cadre de la vente à distance au sens de l'article L112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire lorsque le souscripteur n'a eu aucun contact avec l'intermédiaire d'assurance. Le souscripteur demande expressément à ce que le contrat soit exécuté intégralement à sa date d'effet. Le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des conditions particulières pour renoncer à son contrat.

La renonciation doit être signifiée à l'Assureur Conseil auprès duquel il a souscrit le contrat, par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque le souscripteur demande la renonciation à son contrat, il doit restituer à Covéa Risks dans les 30 jours à compter de l'envoi de sa demande de renonciation, toutes les prestations qui ont été versées au titre du contrat, à lui-même ou à un tiers (pharmacie, professionnel de santé, hôpital...).

Covéa Risks lui rembourse, au plus tard dans les 30 jours, les sommes qu'il avait déjà versées.

Modèle de lettre de renonciation : « Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je déclare renoncer à mon contrat Assurance Santé Covéa Risks dont la date d'établissement est le __/__/__. Je m'engage à rembourser à Covéa Risks, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la présente demande de renonciation, les prestations qui ont été versées au titre de ce contrat, à moi-même ou à un tiers. Je sollicite le remboursement des sommes versées au titre de ces garanties, soit ___ euros, dans les délais impartis. »

Les données personnelles que vous nous avez communiquées sont nécessaires pour le traitement informatique lié à la gestion de votre souscription et peuvent, dans le respect de nos obligations envers nos partenaires, également être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offre commerciale vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du Service Réclamations Clients Covéa Risks. Vous disposez d'un droit d'opposition, de communication, de rectification et de suppression que vous pouvez exercer par courrier auprès du Service Réclamations Clients Covéa Risks – 19-21 allées de l'Europe – 92616 Clichy Cedex.

je ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale.

Les Conditions Générales n° 377 de l'Assurance Santé Covéa Risks vous ont été remises et vous en avez pris connaissance avant l'établissement de la demande d'assurance. Si cette demande d'assurance est concrétisée par un contrat, ce dernier est annuel et renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire, avec possibilité de le résilier à cette date après un an d'assurance, moyennant préavis de 1 mois notifié par lettre recommandée. Des Conditions Particulières vous seront adressées sur la base de vos déclarations et prendront effet sous réserve du règlement de votre cotisation.

Fait le :

à :

Date et signature obligatoire de l'adhérent à l'association ADRP et au contrat précédée de la mention manuscrite « bon pour accord »

Original : exemplaire Société – Deuxième volet : exemplaire Assureur Conseil – Troisième volet : exemplaire Client



Si la souscription du contrat s'est déroulée dans le cadre d'une vente à distance, votre contrat prendra effet au plus tôt, le lendemain de votre envoi, le cachet de la Poste faisant foi

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT [

]

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa 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.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

406 249

Nom, prénom et adresse du débiteur

Nom et adresse du créancier
Covéa Risks 19-21, allée de l'Europe 92616 Clichy cedex

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

Compte à débiter			
Établissement	Code guichet	N° de Compte	Clé RIB

Date et signature	Référence contrat

--

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB).