

Les personnes à garantir :

nom	prénom	né le	sexe	régime	numéro de sécurité sociale / clé	code organisme

Mes coordonnées :

résidence, immeuble... :
 rue :
 code postal : ville :
 tél : e-mail :

Loi Madelin :

oui non
 à remplir uniquement pour les travailleurs non salariés.

Je choisis ma formule :

	Garantie : + Renfort :
Ma 1ère cotisation est fixée à : €
Frais d'adhésion* :	+25.00 €
Montant à régler : €

Mes règlements :

- Mon 1^{er} règlement se fera par prélèvement automatique 10 jours après la date d'effet de l'adhésion.
 - Les règlements suivants se feront par prélèvements automatiques à la date choisie :
 le 5 le 15 le 25

* à régler une seule fois pour toute la vie de votre garantie.

Bulletin d'Adhésion à la Complémentaire ASSUREO Santé

<p>Mes garanties choisies : Dépenses courantes : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Renfort grosses dépenses : 100% <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Date d'effet : ___/___/___ (au plus tôt le lendemain de la réception du Bulletin d'Adhésion chez ASSUREO)</p>	<p>Je déclare ne pas avoir été résilié pour non-paiement de primes par un précédent assureur. Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif CT1750032 souscrit par l'APE auprès de Serenis, Groupe ACM et avoir pris connaissance des conditions générales SA-ASSUREO-2008/01 relatives aux garanties accordées. La garantie 5, contrat collectif CT1750033, est soumise à acceptation préalable. DATE: ___/___/___ Signature :</p>
---	--

AVANT D'ENVOYER VOTRE DOSSIER, LISEZ LES PRECISIONS INSCRITES AU DOS DE CE DOCUMENT

ASSUREO – 8 Parvis de Saint Maur – 94100 Saint Maur
 Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du code des assurances, SARL au capital de 30000 € - 479 054 686 RCS Créteil



<p>Votre 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 suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.</p> <p>Cadre 1 : Nom, prénom et adresse du débiteur</p> <p>Cadre 2 : Compte à débiter</p> <p>_____ établissement _____ guichet _____ numéro de compte _____ clé</p>	<p>N° national d'émetteur : 412026</p> <p>Nom et adresse du créancier ASSUREO – Gestion Solly Azar 44-50 avenue du Capitaine Glarner 93407 Saint Ouen Cedex</p> <p>Cadre 3 : Nom et adresse de l'établissement financier</p>
--	--

Date : **Signature :** Joindre obligatoirement un RIB ou un RIP

DROIT A RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans les 15 jours qui suivent la signature du Bulletin d'Adhésion, si aucun frais n'a été remboursé.
Il suffit d'envoyer à ASSUREO une lettre recommandée ou un courrier électronique rédigé comme suit : "Je demande à renoncer à ma demande d'adhésion datée du et à recevoir le remboursement total des sommes versées". Vos garanties cesseront à la date d'envoi.

VOTRE DOSSIER EST-IL COMPLET ?

Bulletin d'adhésion ASSUREO Santé

Relevé d'identité bancaire

Autorisation de prélèvement complétée et signée

Copie des attestations de Carte Vitale

(document nécessaire seulement dans certains départements, votre conseiller ASSUREO peut vous renseigner à ce sujet)

ASSUREO
8 Parvis de Saint Maur - 94100 Saint Maur