

ADHÉRENT/ ASSURÉ

M. Mme Mlle NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 N° téléphone : E-mail :

A remplir pour toute adhésion aux contrats PROspectiv' Maintien de Revenus, PROspectiv' Frais Généraux et PROspectiv' Décès

Statut : Artisan/Commerçant Profession libérale Profession libérale paramédicale Exploitant agricole
 Artisan du bâtiment Conjoint collaborateur (Uniquement pour les contrats PROspectiv' Maintien de Revenus et Décès)

Déplacements professionnels par an (pour les professions libérales hors paramédicales): jusqu'à 30 000 km + de 30 000 km

Profession exacte exercée :

Dernier revenu annuel professionnel net déclaré à l'Administration Fiscale : €

Déductibilité Loi Madelin : Oui Non (pour PROspectiv' Santé, Maintien de Revenus et Chômage)

PROspectiv' SANTÉ (Souscription jusqu'à 65 ans)

Contrats d'assurance collective à adhésion facultative n°2349 et n°2350 (contrat Madelin) souscrits auprès de CAMEIC par GROUPE SOLLY AZAR

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

VOS GARANTIES (une seule par adhésion)

Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4 Formule 5

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	Régime Obligatoire	Votre prime
vous-même	/...../.....		- - - - -		
votre conjoint	/...../.....		- - - - -		
1 ^{er} enfant	/...../.....		- - - - -		
2 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -		
3 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -		Gratuit
4 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -		Gratuit
5 ^{ème} enfant	/...../.....		- - - - -		Gratuit

Joindre la photocopie de l'attestation vitale de chaque personne à garantir

Réduction : couple 5% famille 10% (cocher la case correspondante)=

Frais de police et d'assistance (2€/mois) =

COTISATION MENSUELLE PROspectiv' SANTÉ = _____ €

PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS (Souscription jusqu'à 59 ans)

Contrats d'assurance collective à adhésion facultative n°2385 et n°2384 (contrat Madelin) souscrits auprès de CAMEIC par GROUPE SOLLY AZAR

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

VOS GARANTIES

- Option à garantir : Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)
 Incapacité Temporaire Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale (ITT / IPT)
- Montant à garantir : 20 €/jour 30 €/jour 50 €/jour 70 €/jour (non accessible pour le conjoint collaborateur)
- Franchise (maladie, accident) : 15 jours 30 jours 60 jours 90 jours

• Option rachat de franchise Oui Non
 (Franchise supprimée en cas d'hospitalisation de plus de 24h suite à accident, ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours suite à maladie)

• Durée d'indemnisation en cas d'ITT : 1 an 3 ans (obligatoire en cas de choix ITT/IPT)

Veillez compléter la déclaration d'état de santé ci-après

NB : Dans le cadre fiscal de la loi Madelin, le montant de l'indemnité journalière choisie ne doit pas dépasser 1/360ème de votre revenu professionnel net déclaré à l'Administration Fiscale (hors dividendes)

COTISATION MENSUELLE PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS = _____ €



PROspectiv' FRAIS GENERAUX (Souscription jusqu'à 59 ans)

Contrat d'assurance collective à adhésion facultative n°2386 souscrit auprès de CAMEIC par GROUPE SOLLY AZAR

Date d'effet souhaitée : / / [au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime].

VOS GARANTIES

- **Montant à garantir :** 20 €/jour 30 €/jour 50 €/jour 70 €/jour
- **Franchise (maladie, accident) :** 15 jours 30 jours 60 jours 90 jours
- **Option rachat de franchise** Oui Non
(Franchise supprimée en cas d'hospitalisation de plus de 24h suite à accident, ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours suite à maladie)
- **Durée d'indemnisation :** 1 an 3 ans

Veillez compléter la déclaration d'état de santé ci-après

COTISATION MENSUELLE PROspectiv' FRAIS GENERAUX = €



PROspectiv' DECES (souscription jusqu'à 59 ans)

Contrat d'assurance collective à adhésion facultative n°A 4272.0001 souscrit auprès de SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE et SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE par GROUPE SOLLY AZAR

Date d'effet souhaitée : / / [au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime].

VOS GARANTIES

- **Capital Décès/PTIA** 10 000 € 20 000 € 30 000 € 40 000 € 50 000 €
- **Option « Doublement du capital en cas de décès par accident »** Oui Non
- **Option « Versement du capital par anticipation en cas d'invalidité permanente totale (IPT) »** Oui Non

Veillez compléter la déclaration d'état de santé ci-après

BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

- Le conjoint survivant non séparé de l'assuré, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, de l'assuré par parts égales entre eux, à défaut les ascendants, à défaut les héritiers de l'assuré
- Autre clause (préciser nom, prénom, date de naissance et adresse) :, à défaut les héritiers de l'assuré

COTISATION MENSUELLE PROspectiv' DECES = €

DECLARATION D'ETAT DE SANTE (A remplir pour toute adhésion aux contrats Décès, Maintien de Revenus et Frais Généraux)

- | | |
|---|--|
| 1. OUI, je ne suis actuellement pas sous surveillance ou contrôle médical ; je ne suis pas de traitement médical (hors affection saisonnière ou traitement contraceptif) ; je ne suis pas en arrêt de travail même partiel pour raison médicale ou de santé et n'ai pas été en arrêt de travail pendant plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années (hors maternité) ; je ne suis pas bénéficiaire de rente d'invalidité ni pris en charge à 100% par mon régime obligatoire au titre d'une ALD (affection longue durée) | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non |
| 2. OUI, je n'ai pas été hospitalisé(e) plus de 5 jours consécutifs au cours des 5 dernières années (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires ou maternité) ; Je ne dois pas être hospitalisé(e) ou opéré(e) ou bénéficier d'un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie ...) dans les 6 prochains mois (sauf pour grossesse, végétations, dents de sagesse, varices, vésicule biliaire, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne) | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non |
| 3. Poids : _____ kg Taille : _____ cm Rapport Poids/Taille : _____ (taille en cm au delà d'1 mètre. Ex : 80kg et 175cm : 80/75 = 1.06) | |
| Répondre à cette question uniquement en cas d'adhésion à la garantie ITT/IPT PROspectiv' Maintien de Revenus) | |
| 4. OUI, je n'ai pas subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif, et je ne suis pas atteint d'une maladie des yeux ou des oreilles (hors myopie, astigmatie, hypermétropie, presbytie ou otite aigue) | <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non |

En cas de réponse négative à l'une des questions ou si le rapport poids/taille est supérieur à 1.40, la souscription n'est pas possible.



PROspectiv' CHOMAGE (souscription jusqu'à 59 ans)

Contrats d'assurance collective à adhésion facultative n°2400 (contrat Madelin) et n°2401 souscrits auprès de CAMEIC par GROUPE SOLLY AZAR

PROSPECTIV' CHOMAGE doit obligatoirement être souscrit avec l'une des garanties suivantes de la gamme PROspectiv' : Décès, Maintien de Revenus ou Frais Généraux Permanents

Date d'effet souhaitée : / / [au plus tôt, le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime].

ENTREPRISE

- Etes-vous créateur/repreneur d'entreprise (activité professionnelle exercée depuis moins d'un an) ? Oui Non
- Raison sociale : Date de création :/...../.....
- Adresse :
- Code Postal : Ville :
- N° téléphone : E-mail :
- N° SIRET : Activité exercée :

VOS GARANTIES

- **Montant à garantir** 600 €/mois 900 €/mois 1 500 €/mois 2 100 €/mois
- **Pour les Créateurs/Repreneurs** 600 €/mois (la garantie pourra être augmentée, sur demande, à la fin de la 1ère année d'assurance sans sinistre)
- **Durée d'indemnisation** 6 mois 12 mois

NB : Dans le cadre fiscal de la loi Madelin, le montant de l'indemnité mensuelle choisie ne doit pas dépasser 1/12ème de votre revenu professionnel annuel net déclaré à l'Administration Fiscale (hors dividendes)

DECLARATION D'ADHESION PROSPECTIV' CHOMAGE

OUI, je déclare que l'Entreprise précitée :

- ne fait pas ou n'a pas fait l'objet d'une procédure de redressement judiciaire au cours des cinq dernières années précédant la date d'adhésion ;
- est exempte de toutes difficultés financières et économiques (factures impayées, retards de paiement ou impayés de cotisations aux organismes sociaux, compte courant débiteur, salaires impayés...);
- n'a aucun litige ou procès en cours ;
- n'a jamais émis de chèque sans provision ou retourné de traites impayées au cours des cinq dernières années ;
- a clôturé au minimum un exercice de 12 mois à la date de la demande d'adhésion (ou n'a pas clôturé un exercice de 12 mois dans le cas du créateur/repreneur).
- n'a pas connu de diminution de ses fonds propres ou de son résultat après impôts de + de 20% au cours des trois derniers exercices

Si l'adhérent ne peut répondre par oui à la déclaration ci-dessus, l'adhésion n'est possible.

COTISATION MENSUELLE PROspectiv' DECES = €

TOTAL DES COTISATIONS DU (DES) CONTRAT(S) CHOISI(S)

COTISATION MENSUELLE PROspectiv' SANTE =	€
COTISATION MENSUELLE PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS =	€
COTISATION MENSUELLE PROspectiv' FRAIS GENERAUX =	€
COTISATION MENSUELLE PROspectiv' DECES =	€
COTISATION MENSUELLE PROspectiv' CHOMAGE =	€
TOTAL DES COTISATIONS DE LA GAMME PROspectiv'	€

La 1ère prime du contrat PROspectiv' Santé sera prélevée 3 jours après la date d'effet du contrat

La 1ère prime des contrats PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS, FRAIS GENERAUX, DECES et CHOMAGE interviendra 10 jours après la date d'effet du contrat

REGLEMENT DE LA COTISATION DU (DES) CONTRAT(S) CHOISI(S)

Mensuel par prélèvement obligatoire

Date de prélèvement souhaitée 5 15 25

(joindre obligatoirement votre relevé d'identité bancaire ou postal ainsi que l'autorisation de prélèvement jointe remplie et signée)

DECLARATION ET SIGNATURE

Je soussigné(e) :

- demande à adhérer au(x) contrat(s) d'assurance collective choisi(s) ci dessus.

- déclare avoir reçu la (les) notice(s) d'information référencée(s) SANTE 09/2008, DG n°44-2 (Chômage), MR 03/2010 (Maintien de Revenus) et FGP 09/2008 (Frais Généraux), valant notamment information pré-contractuelle tel que prévue à l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances et je déclare avoir pris connaissance de ces contrats de mon droit à renonciation tel que décrit au dos de la présente demande

- déclare avoir reçu la notice d'information DÉCÈS 09/2008, jointe à cette demande d'adhésion et en avoir pris connaissance, notamment des dispositions mentionnées à l'article « Art 19 - Vos possibilités de renonciation » et je reconnais avoir été informé(e) pour ce contrat que je dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans les conditions et selon les modalités précisées dans ce même article.

- déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente demande d'adhésion, et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourra entraîner les sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances

- déclare être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurance obligatoire (en cas d'adhésion dans le cadre de la loi Madelin)

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est le Service clients de SOLLYAZAR. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients de SOLLYAZAR, situé : 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint Ouen Cedex.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par SOLLY AZAR, destinataire, avec ses mandataires, l'association, ses assureurs et réassureurs, de l'information et le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel, (et du secret médical)*

- l'envoi de documents sur les produits proposés par SOLLY AZAR.

Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

*si contrat sélection médicale

Date de conclusion de l'Adhésion

"Lu et approuvé", Signature de l'adhérent/l'assuré :

Votre assureur conseil :

CABIP

CODE **27122**

TCV Santé :

REGLEMENTATION SUR LE DEMARCHAGE ET LA VENTE A DISTANCE

Nous vous remercions de cocher la case correspondant au cadre dans lequel votre adhésion a été souscrite

Si vous avez souscrit votre contrat dans le cadre du démarchage à domicile

Les dispositions suivantes de l'article L 112-9 du Code des Assurances s'appliquent : « 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 proposition 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 le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation. L'assureur s'engage à vous rembourser les cotisations versées, dans un délai de 30 jours, excepté celles correspondantes à la période de garantie écoulée. La survenance d'un sinistre garanti pendant le délai de renonciation prive d'effet ladite renonciation.

Pour exercer votre droit à renonciation, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception au GROUPE SOLLY AZAR, 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09

Monsieur, Madame,

Je soussigné (nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au(x) contrat(s) d'assurance :

- PROspectiv' Santé, n°....., conclu le.....
- PROspectiv' Maintien de Revenus, n°....., conclu le.....
- PROspectiv' Frais Généraux, n°....., conclu le.....
- PROspectiv' Chômage, n°....., conclu le.....

Je certifie n'avoir subi aucun sinistre et je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée. »

Fait à Le, signature.....

Si vous avez souscrit votre contrat dans le cadre de la vente à distance

En application des termes de l'article L 112-2-1 III du Code des Assurances, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires, délai qui court à compter de la date de réception de votre adhésion au contrat.

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours.

Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Pour exercer votre droit à renonciation, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après, à adresser en lettre recommandée avec avis de réception au GROUPE SOLLY AZAR, 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09

Monsieur, Madame,

Je soussigné(nom-prénom-adresse) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance :

- PROspectiv' Santé, n°....., conclu le.....
- PROspectiv' Maintien de Revenus, n°....., conclu le.....
- PROspectiv' Frais Généraux, n°....., conclu le.....
- PROspectiv' Chômage, n°....., conclu le.....

Je demande le remboursement de la cotisation ou fraction de cotisation versée au titre dudit contrat pour la période de garantie non écoulée et je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le, signature.....