



Date d'effet : 01 / /

(au plus tôt, le 1er jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première prime).

ASSURÉ (jusqu'à 85 ans)

M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° téléphone : E-mail :

GARANTIES

2 000 € 3 000 € 4 000 € 5 000 € 6 000 €

BÉNÉFICIAIRES

- L'entreprise de Pompes Funèbres qui a pris en charge mes obsèques à hauteur des frais engagés, le solde revenant à mes héritiers.
- Mon conjoint survivant et non séparé, à défaut mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.
- Clause libre (Indiquez les noms, prénoms et dates de naissances des personnes) :
-
-

MONTANT DE LA COTISATION

Montant de la cotisation		€
Frais d'adhésion (perçus une seule fois à l'adhésion)	+	15,00 €
Frais de police et d'assistance (1 €/mois, 3 €/trimestre)	+	€
Montant total à payer	=	€
Le prélèvement de la 1 ^{ère} prime interviendra 10 jours après la date d'effet du contrat.		

REGLEMENT DE LA COTISATION

Mensuel Trimestriel } 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 remplie et signée.

Durée de paiement des cotisations

Cotisations viagères Cotisations temporaires (10 ans)

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et conservé préalablement à la conclusion du contrat l'information précontractuelle prévue à l'article L. 112-2-1.III du code des assurances, ainsi qu'un exemplaire de la notice d'information. Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n° CT 175 00 31 souscrit par GROUPE SOLLY AZAR auprès de SERENIS VIE et avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales SA BellaVita Obsèques 10/09 relatives aux garanties accordées et des conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes, sincères et que je n'ai rien dissimulé. **Toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.**

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des Organismes Professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'assureur (Loi 78.17 du 6 Janvier 1978).

Le contrat BellaVita Obsèques a été souscrit simultanément à un autre contrat proposé dans le Coffret BellaVita (joindre les demandes d'adhésion) :

oui non

Précisez : BellaVita Dépendance BellaVita Santé BellaVit'Animo

Fait à le / /

Signature de l'assuré,
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Votre assureur conseil :

CODE



Date d'effet : 01 / /

(au plus tôt, le 1er jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première prime).

ASSURÉ (jusqu'à 85 ans)

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

GARANTIES

2 000 € 3 000 € 4 000 € 5 000 € 6 000 €

BÉNÉFICIAIRES

- L'entreprise de Pompes Funèbres qui a pris en charge mes obsèques à hauteur des frais engagés, le solde revenant à mes héritiers.
 Mon conjoint survivant et non séparé, à défaut mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.
 Clause libre (Indiquez les noms, prénoms et dates de naissances des personnes) :
.....
.....

MONTANT DE LA COTISATION

Montant de la cotisation		€
Frais d'adhésion (perçus une seule fois à l'adhésion)	+	15,00 €
Frais de police et d'assistance (1 €/mois, 3 €/trimestre)	+	€
Montant total à payer	=	€
Le prélèvement de la 1 ^{ère} prime interviendra 10 jours après la date d'effet du contrat.		

REGLEMENT DE LA COTISATION

Mensuel Trimestriel } 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 remplie et signée.

Durée de paiement des cotisations

Cotisations viagères Cotisations temporaires (10 ans)

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et conservé préalablement à la conclusion du contrat l'information précontractuelle prévue à l'article L. 112-2-1.III du code des assurances, ainsi qu'un exemplaire de la notice d'information. Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n° CT 175 00 31 souscrit par GROUPE SOLLY AZAR auprès de SERENIS VIE et avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales SA BellaVita Obsèques 10/09 relatives aux garanties accordées et des conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes, sincères et que je n'ai rien dissimulé. **Toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.**

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des Organismes Professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'assureur (Loi 78.17 du 6 Janvier 1978).

Le contrat BellaVita Obsèques a été souscrit simultanément à un autre contrat proposé dans le Coffret BellaVita (joindre les demandes d'adhésion) :

oui non

Précisez : BellaVita Dépendance BellaVita Santé BellaVit'Animo

Fait à le / /

Signature de l'assuré,
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Votre assureur conseil :

CODE



Date d'effet : 01 / /

(au plus tôt, le 1er jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première prime).

ASSURÉ (jusqu'à 85 ans)

M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° téléphone : E-mail :

GARANTIES

2 000 € 3 000 € 4 000 € 5 000 € 6 000 €

BÉNÉFICIAIRES

- L'entreprise de Pompes Funèbres qui a pris en charge mes obsèques à hauteur des frais engagés, le solde revenant à mes héritiers.
- Mon conjoint survivant et non séparé, à défaut mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.
- Clause libre (Indiquez les noms, prénoms et dates de naissances des personnes) :
-
-

MONTANT DE LA COTISATION

Montant de la cotisation		€
Frais d'adhésion (perçus une seule fois à l'adhésion)	+	15,00 €
Frais de police et d'assistance (1 €/mois, 3 €/trimestre)	+	€
Montant total à payer	=	€
Le prélèvement de la 1 ^{ère} prime interviendra 10 jours après la date d'effet du contrat.		

REGLEMENT DE LA COTISATION

Mensuel Trimestriel } 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 remplie et signée.

Durée de paiement des cotisations

Cotisations viagères Cotisations temporaires (10 ans)

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et conservé préalablement à la conclusion du contrat l'information précontractuelle prévue à l'article L. 112-2-1.III du code des assurances, ainsi qu'un exemplaire de la notice d'information. Je déclare demander mon adhésion au contrat collectif n° CT 175 00 31 souscrit par GROUPE SOLLY AZAR auprès de SERENIS VIE et avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales SA BellaVita Obsèques 10/09 relatives aux garanties accordées et des conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes, sincères et que je n'ai rien dissimulé. **Toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.**

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant, qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des Organismes Professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'assureur (Loi 78.17 du 6 Janvier 1978).

Le contrat BellaVita Obsèques a été souscrit simultanément à un autre contrat proposé dans le Coffret BellaVita (joindre les demandes d'adhésion) :

oui non

Précisez : BellaVita Dépendance BellaVita Santé BellaVit'Animo

Fait à le / /

Signature de l'assuré,
précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Votre assureur conseil :

CODE



**NOUS VOUS REMERCIONS DE COMPLÉTER ET SIGNER
L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT CI-CONTRE.**

**N'OUBLIEZ PAS DE L'ENVOYER AVEC VOTRE DEMANDE
D'ADHÉSION, ACCOMPAGNÉE DE VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ
BANCAIRE OU POSTAL.**

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-contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

COMPTE À DÉBITER

CODES		N° de compte	Clé RIB
Établissement	Guichet		

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
3 8 6 9 2 5



SOLLY AZAR ASSURANCES
60, rue de la Chaussée d'Antin
75439 Paris Cedex 09

L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP).