



Code Apporteur : 953622
Essor Conseil
ORIAS n° 07 005 032

Bulletin de souscription

(Pour toute personne de 18 à 65 ans)



CONTRAT

Référence Alico :

1 Personne à assurer

M. Mme Mlle

NOM

Prénom

Date de naissance / /

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
 Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Adresse personnelle

Code postal Ville

Tél.

2 Souscripteur si ce n'est pas l'assuré

NOM

Prénom

Adresse personnelle

Code postal Ville

3 Qui désignez-vous comme bénéficiaire(s) en cas de décès ?

- CLAUDE TYPE** : Le conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé, à défaut, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut, les héritiers de l'assuré.
 AUTRE : Indiquez NOM(s), Prénom(s), date de naissance et adresse complète

4 Les garanties / tarifs

âges	Cochez l'option choisie :	Capital versé en cas de décès / PTIA	Capital versé en cas de décès / PTIA accidentel
18 à 55	<input type="checkbox"/> Option 1	30 000 €	60 000 €
	<input type="checkbox"/> Option 2	50 000 €	100 000 €
	<input type="checkbox"/> Option 3	75 000 €	150 000 €
	<input type="checkbox"/> Option 4	100 000 €	200 000 €
56 à 65	<input type="checkbox"/> Senior	30 000 €	60 000 €

Montant de la prime mensuelle €

5 Déclaration NON-FUMEUR (pour bénéficier du tarif non-fumeur)

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.
Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à _____
Le / / 20
Signature de la personne à assurer

6 Déclaration de santé

Je soussigné(e) déclare :

- Ne pas être atteint, à ma connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit et ne pas suivre de traitement ou ne pas être en cours d'investigations ou de surveillance médicale.
- Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, sous traitement ou contrôle médical pendant plus de 3 semaines consécutives.
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé(e) ou subir des examens ou un bilan médical à visée diagnostique.
- Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, hospitalisé(e) pour une intervention chirurgicale (à l'exclusion des végétations, des amygdales, de l'appendice, des hémorroïdes, de la cloison nasale, des varices), ou pour un bilan médical, un traitement, des examens.
- Ne pas être en incapacité de travail totale ou partielle ou ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hormis l'arrêt pour maternité).
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 (SIDA) qui se soit révélé positif.
- Ne pas devoir séjourner à titre professionnel ou dans un but humanitaire hors d'Europe (UE / AELE), Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour, Japon.
- Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120.

Fait à _____
Le / / 20

Signature de la personne à assurer

Notes bien : Si vous ne pouvez pas signer cette déclaration, contactez votre intermédiaire. Tout dossier incomplet ou comportant des ratures ou modifications ne pourra pas être accepté par la compagnie et sera retourné à votre intermédiaire.

7 Souscription

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Famille (Réf-CGSNF02), valant notice d'information, comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation prévue par la loi. Je déclare en outre exacts les renseignements mentionnés dans ce bulletin de souscription et dans la déclaration de santé. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L. 113-8 du Code des assurances).

L'assurance prend effet après la signature des Conditions Particulières par chacune des parties contractantes et le paiement de la première prime à Alico.

Fait à _____ Le / / 20

Signature de l'intermédiaire

Signature de la personne à assurer

Signature du souscripteur (si différent de l'assuré)

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : Loi du 6 Janvier 1978 sur l'informatique et les libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 : Les informations personnelles vous concernant recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la gestion de votre contrat. Vous pouvez accéder à vos données ou les rectifier en adressant une lettre accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité, à l'attention d'Alico S.A. - TOUR AIG - TSA 22 222 - 92 919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX, en précisant vos nom, prénom, adresse et votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées ainsi que vos données non sensibles soient utilisées à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer 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 sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la Loi du 6 janvier 1978 sur l'Informatique et les Libertés modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

000582

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____

COMPTE A DÉBITER

Etablist. _____ Guichet _____ N° du Compte _____ Clé R.I.B. _____

Date :

Signature :

X

Veillez à ce que votre compte soit suffisamment approvisionné.
Les frais d'impayés seront à la charge du titulaire du compte.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Alico S.A.
Tour AIG - TSA 22 222
92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

Nom _____
Adresse _____
Code Postal _____
Ville _____

IMPORTANT : Prière de renvoyer cet imprimé en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.)