



FORMULAIRE D'ADHESION CAP VERT

CONSEILLER :

Code Partenaire :
Numéro ORIAS :

Nouvelle adhésion Ajout/rétrait de bénéficiaires Modification de garantie Autre :

M. Mme M^{elle} E-mail :@.....

Nom :
Prénom :
Adresse :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e)
Enfant(s) à charge : Oui Non Nbre d'enfant(s) : [][]

Profession : Monsieur..... Madame.....

Code postal : [][][][] Tél : [][][][][][]
Ville : Mobile : [][][][][][]
Régime social : S.S T.N.S Agricole
 Alsace-Moselle



Souscripteur		Conjoint		1 ^{er} Enfant		2 ^{ème} Enfant		3 ^{ème} Enfant	
Nom : .....	.....	Nom : .....	.....	Nom : .....	.....	Nom : .....	.....	Nom : .....	.....
Prénom : .....	.....	Prénom : .....	.....	Prénom : .....	.....	Prénom : .....	.....	Prénom : .....	.....
Date de naissance : .....	.....	Date de naissance : .....	.....	Date de naissance : .....	.....	Date de naissance : .....	.....	Date de naissance : .....	.....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° Sécurité Sociale :	Code organisme :	N° Sécurité Sociale :	Code organisme :	Ayant droit de : <input type="checkbox"/>	Ayant droit de : <input type="checkbox"/>	Ayant droit de : <input type="checkbox"/>	Ayant droit de : <input type="checkbox"/>	Ayant droit de : <input type="checkbox"/>	Ayant droit de : <input type="checkbox"/>
M. [][][][][][]	[][][][][][]	M. [][][][][][]	[][][][][][]	M. [][][][][][]	[][][][][][]	M. [][][][][][]	[][][][][][]	M. [][][][][][]	[][][][][][]
M ^{me} [][][][][][]	[][][][][][]	M ^{me} [][][][][][]	[][][][][][]	M ^{me} [][][][][][]	[][][][][][]	M ^{me} [][][][][][]	[][][][][][]	M ^{me} [][][][][][]	[][][][][][]



N'oubliez pas de joindre votre formulaire d'adhésion rempli, daté et signé :

- Une copie de votre attestation vitale ou à défaut celle de votre carte d'assuré social pour chacun des membres assurés
 L'autorisation de prélèvement complétée et signée Un R.I.B. ou R.I.P. Votre règlement par chèque ou mandat

MODE DE PAIEMENT

Pour une cotisation : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle de [][][][][][][][][][] € frais accessoires [][][][][][][][][][] €
 Je règle ma 1^{ère} cotisation d'un montant de : [][][][][][][][][][] € correspondant aux : [][][] premiers mois
 J'ai bien noté que ma prochaine échéance sera prélevée le : 05 10 15 à compter du mois de Loi Madelin : oui non

Date d'effet : 11 20 1

GARANTIE RETENUE :

ORCHIS IRIS

LYS MYOSOTIS

Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales du Contrat valant notice d'information et en accepte les termes.
 Je déclare avoir reçu un tableau des garanties indiquant les limites des garanties et les délais de carence.

Dans le cas où le contrat ou l'adhésion aurait été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L.112-2 du code des assurances ou L. 221-18 du code de la mutualité et L. 121- 20 - 8 du code de la consommation), je demande expressément l'exécution immédiate du contrat à compter de sa conclusion. Je suis informé que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour me rétracter à partir de la réception de mes documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ECA-Assurances - Renonciation, BP 80531 - 75428 PARIS CeDEX 09.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les dispositions générales valant notice d'information. La cotisation dont je suis redevable en contrepartie de l'exécution immédiate du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et mon éventuelle rétractation. En cas de rétractation, je suis informé que : Si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours ; Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Je déclare avoir été informé de la faculté de renonciation dont je dispose ainsi que de ses modalités dans le cadre du démarchage à domicile. Dans ce cadre, je certifie avoir reçu un formulaire détachable annexé à mon dossier d'adhésion, facilitant l'exercice de mon droit. Je déclare savoir que toutes omissions ou fausses déclarations, inexactitudes peuvent entraîner la nullité du contrat ou la réduction du montant des prestations.

Fait à le [][][][][][]
 Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVE"

Signature :