



DÉCLARATION D'ADHÉSION VALANT CERTIFICAT DE GARANTIE

Affaire nouvelle

Modification

Code conseiller

1 SOUSCRIPTEUR

M.

Mme

Mlle

Nom

Prénom

Né le

Situation de famille

célibataire

marié(e)

veuf(ve)

divorcé(e)

concubin(e)

Grade

Terre

Air

Mer

Gendarmerie

Interarmées

Police

Pompier

Profession

Adresse

Code postal

Commune

Numéro de téléphone domicile

Numéro de télécopie

Numéro de téléphone professionnel

Adresse e-mail

2 CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Formule choisie R

Capital de référence correspondant

€

Indemnité journalière choisie (ITT) n°

Montant

€

3 BÉNÉFICIAIRES

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès, s'il est ou s'ils sont autre(s) que ceux prévus contractuellement (article 2 des Conditions générales) :

Nom

Prénom

Lien de parenté

Adresse

A défaut (mêmes renseignements)

A défaut (mêmes renseignements)

4 RÈGLEMENT DES COTISATIONS / PÉRIODICITÉ

Trimestrielle

Semestrielle

Annuelle

Prélèvement automatique

Contrat sélectionné par Tégo, association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS, auprès de :

5 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Toute question doit faire l'objet d'une réponse par oui ou par non

• Avez-vous subi, au cours des cinq dernières années, une opération chirurgicale ? oui non

Si oui, pour quelle affection ?

En quelle année ?

• Avez-vous interrompu, au cours des cinq dernières années, votre activité plus de trente jours consécutifs ? oui non

Si oui, pour quel motif médical ?

• Avez-vous déjà subi un préjudice corporel entraînant une incapacité permanente partielle ? oui non

Si oui, quels sont la nature et le taux de l'incapacité ?

Depuis quelle année ?

6 SOUSCRIPTION

Je demande que les nouvelles garanties prennent effet le / /20

J'ai pris note que le contrat sera tacitement reconduit chaque année à l'échéance principale

7 DÉCLARATION ET SIGNATURES

Je déclare avoir reçu à la date de signature, un exemplaire des dispositions générales du contrat et avoir été informé que je dispose d'un délai de 30 jours après la date de souscription de la présente déclaration d'adhésion pour renoncer au contrat "spécial réserve".

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire, pour servir de base au contrat que je désire souscrire, sont complètes, sincères et à ma connaissance exactes et sais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat par application de l'article L 113-8 du Code des assurances.

Fait à le / /20

Signature du souscripteur

Précédée de la mention "Lu et approuvé"

Contrat sélectionné par Tého, association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS, auprès de :

MAA - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes - Entreprise régie par le Code des assurances - Créée en 1931 - 27, rue de Madrid 75008 PARIS



DÉCLARATION D'ADHÉSION VALANT CERTIFICAT DE GARANTIE

Affaire nouvelle

Modification

Code conseiller

1 SOUSCRIPTEUR

M.

Mme

Mlle

Nom

Prénom

Né le

Situation de famille

célibataire

marié(e)

veuf(ve)

divorcé(e)

concubin(e)

Grade

Terre

Air

Mer

Gendarmerie

Interarmées

Police

Pompier

Profession

Adresse

Code postal

Commune

Numéro de téléphone domicile

Numéro de télécopie

Numéro de téléphone professionnel

Adresse e-mail

2 CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Formule choisie R

Capital de référence correspondant

€

Indemnité journalière choisie (ITT) n°

Montant

€

3 BÉNÉFICIAIRES

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès, s'il est ou s'ils sont autre(s) que ceux prévus contractuellement (article 2 des Conditions générales) :

Nom

Prénom

Lien de parenté

Adresse

A défaut (mêmes renseignements)

A défaut (mêmes renseignements)

4 RÈGLEMENT DES COTISATIONS / PÉRIODICITÉ

Trimestrielle

Semestrielle

Annuelle

Prélèvement automatique

Contrat sélectionné par Tégo, association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS, auprès de :

5 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Toute question doit faire l'objet d'une réponse par oui ou par non

- Avez-vous subi, au cours des cinq dernières années, une opération chirurgicale ? oui non
Si oui, pour quelle affection ? En quelle année ?

- Avez-vous interrompu, au cours des cinq dernières années, votre activité plus de trente jours consécutifs ? oui non
Si oui, pour quel motif médical ?

- Avez-vous déjà subi un préjudice corporel entraînant une incapacité permanente partielle ? oui non
Si oui, quels sont la nature et le taux de l'incapacité ?
Depuis quelle année ?

6 SOUSCRIPTION

Je demande que les nouvelles garanties prennent effet le / /20

J'ai pris note que le contrat sera tacitement reconduit chaque année à l'échéance principale

7 DÉCLARATION ET SIGNATURES

Je déclare avoir reçu à la date de signature, un exemplaire des dispositions générales du contrat et avoir été informé que je dispose d'un délai de 30 jours après la date de souscription de la présente déclaration d'adhésion pour renoncer au contrat "spécial réserve".
Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire, pour servir de base au contrat que je désire souscrire, sont complètes, sincères et à ma connaissance exactes et sais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat par application de l'article L 113-8 du Code des assurances.

Fait à le / /20

Signature du souscripteur

Précédée de la mention "Lu et approuvé"

Contrat sélectionné par Tého, association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS, auprès de :