

Insurance for Personal Accidents of Life

SUBSCRIPTION FORM

NAME & Surname :		Date of Birth : ____ / ____ / ____	
Address :		Occupation :	
Post Code : Town :		Telephone :	
Marital status <input type="radio"/> Married <input type="radio"/> Single <input type="radio"/> Widowed <input type="radio"/> Divorced <input type="radio"/> Others :		How do you want to pay ? <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Quarterly <input type="radio"/> Half-yearly <input type="radio"/> Yearly	
Email :			

Guaranty chosen

OPTION	from 18 to 65 years (1)	From 66 to 77 Years (1)	Action Level	Compensation
SINGLE (monthly premium)	10 € (2)	13 € (2)	Compensation from 5% permanent functional impairment	Up to 1.000.000 € per event guaranteed, and per person insured (3) Reimbursement for funeral expenses up to 5.000 € per person insured
FAMILY (monthly premium)	20 € (2)	26 € (2)		
Please mark with a "X" option chosen	<input type="radio"/> SINGLE		<input type="radio"/> FAMILY	

- (1) In case of family cover, if one of the insured is more than 65 years old, we apply the premium applicable to age group 66 to 77 years.
 (2) Monthly premium all tax included. Including 0,10 € entrance fees
 (3) The guarantees are limited to the conditions provided on the information leaflet as per general conditions shown on page 2 – Protection Familial.

Your subscription is effective for 1 year minimum and is automatically renewed each year on the 1st of January.
 Your cover will take effect from the date indicated on the present form. This date cannot be earlier than the date of receipt of your application.
 This subscription form and the information leaflet form are General Conditions. You will receive by post the "Certificat d'adhésion" which represent your definitive contract.

Date: ____ / ____ / ____ Signature:

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma 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 par simple demande à l'établissement teneur de mon compte, je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
133817

DÉBITEUR

NOM	PRÉNOM
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE

CRÉANCIER

G.I.E. de Prévoyance Sociale
BP 102
06167 JUAN LES PINS CEDEX

COMPTE À DÉBITER

CODES			
Etablist	Guichet	N° du compte	Ci6 RIB

NOM ET ADRESSE POSTALE DE VOTRE AGENCE BANCAIRE

A le
Signature du titulaire du compte à débiter

Si le souscripteur est différent de l'assuré : Indiquez, si nécessaire, sur papier libre, le nom, le prénom et l'adresse de l'assuré

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, 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.)