FRAIS D'OBSÈQUES

CACHET CORRESPONDANT :

N° ORIAS.....

N° CODE APPORTEUR : .....

BULLETIN D'ADHESION au contrat d'assurance N° L. 1016.0001

■ ADHÉRENT / ASSURÉ : ❑ Mme ❑ Mlle ❑ M.

Nom ..... Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| (âge limite d'adhésion : 84 ans) Lieu de naissance .....

Nationalité ..... Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. ..... E-mail .....

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

❑ Le conjoint de l'Assuré, ni divorcé, ni séparé de corps, à défaut les enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

❑ Autres bénéficiaires désignés (à préciser) :

.....

..... à défaut les héritiers de l'assuré

■ GARANTIES ET COTISATIONS

CAPITAL INITIAL GARANTI

...,... € minimum 1.000 € - maximum 10.000 €)

Ce capital sera majoré par intégration des participations aux bénéfices (cf. article 5 des conditions générales).

COTISATIONS

❑ **Cotisations périodiques de :** ...,... € **prélevées vers le 10 du mois pendant :**

☐ 2 ans ☐ 3 ans ☐ 4 ans ☐ 5 ans ☐ 6 ans ☐ 7 ans ☐ 8 ans ☐ 9 ans ☐ 10 ans ❑ la durée du contrat (Viagères)

par : ☐ mois ☐ trimestre ☐ semestre ☐ an **(Frais d'échéance 1,35 € par prélèvement)**

Joindre un RIB avec l'Autorisation de Prélèvement signée

❑ **Prime Unique à l'Adhésion :** ...,... **€** Uniquement par chèque bancaire

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Le 1er .....

(Au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande d'adhésion).

ÉCHÉANCE ANNUELLE : 01 JANVIER

Conformément à l'article 7 des Conditions Générales, votre adhésion comporte une valeur de rachat dont les montants vous seront précisés sur votre certificat de garantie.

REÇU PROVISOIRE

Le récépissé de règlement sera adressé dans les 30 jours avec les conditions particulières.

Montant du versement ...,... €

Frais de dossier limités à 30 € ...,... €

Montant total à verser, y compris les frais de dossier ...,... €

☐ **Versé par la personne à assurer par chèque** ..... **N°**..... **, libellé à l'ordre de SMAM PRÉVOYANCE.**

☐ **à prélever sur RIB joint**

L'Adhérent reconnaît et déclare avoir bien reçu l'ensemble des documents du Dossier d'Adhésion composé de l'encadré mentionné à l'article L. 132-5-3 du Code des Assurances, du Bulletin d'adhésion et des Conditions Générales valant notice d'information, et avoir bien pris connaissance de l'ensemble des informations contenues dans ces documents, et notamment des conditions d'exercice du droit de renonciation prévu à l'article 10 des Conditions Générales.

A ..... , le .....

(signature précédée de la mention "Lu et approuvé")

La personne à assurer, Le conseiller

BA-FOBMETRO-05/2010

SwissLife Assurance et Patrimoine
Siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08
SA au capital de € 113.250.000 - Entreprise régie par le Code des Assurances
341.785.632 RCS Paris

Feuillets 1 SMAM Prévoyance - 2 Correspondant - 3 La personne à assurer

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
406 168

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-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai la différence directement avec le créancier.

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM, Prénoms :

Adresse :

COMPTE A DÉBITER

Codes Établissement	Guichet	Compte Numéro	Clé R.I.B.

Date : **Signature :**

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

SMAM Prévoyance 12, rue du Pont de l'Arche - 37550 SAINT AVERTIN

S.A.S. de gestion et de courtage en assurance au capital de 45.088 € - RCS TOURS B 388 901 910

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

CP : Ville :

FRAIS D'OBSÈQUES

CACHET CORRESPONDANT :

N° ORIAS.....

N° CODE APPORTEUR : .....

BULLETIN D'ADHESION au contrat d'assurance N° L. 1016.0001

■ ADHÉRENT / ASSURÉ : ❑ Mme ❑ Mlle ❑ M.

Nom ..... Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| (âge limite d'adhésion : 84 ans) Lieu de naissance .....

Nationalité ..... Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. ..... E-mail .....

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

❑ Le conjoint de l'Assuré, ni divorcé, ni séparé de corps, à défaut les enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

❑ Autres bénéficiaires désignés (à préciser) :

.....

..... à défaut les héritiers de l'assuré

■ GARANTIES ET COTISATIONS

CAPITAL INITIAL GARANTI

...,... € minimum 1.000 € - maximum 10.000 €)

Ce capital sera majoré par intégration des participations aux bénéfices (cf. article 5 des conditions générales).

COTISATIONS

❑ **Cotisations périodiques de :** ...,... € **prélevées vers le 10 du mois pendant :**

☐ 2 ans ☐ 3 ans ☐ 4 ans ☐ 5 ans ☐ 6 ans ☐ 7 ans ☐ 8 ans ☐ 9 ans ☐ 10 ans ❑ la durée du contrat (Viagères)

par : ☐ mois ☐ trimestre ☐ semestre ☐ an **(Frais d'échéance 1,35 € par prélèvement)**

Joindre un RIB avec l'Autorisation de Prélèvement signée

❑ **Prime Unique à l'Adhésion :** ...,... € Uniquement par chèque bancaire

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Le 1er .....

(Au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la réception de votre demande d'adhésion).

ÉCHÉANCE ANNUELLE : 01 JANVIER

Conformément à l'article 7 des Conditions Générales, votre adhésion comporte une valeur de rachat dont les montants vous seront précisés sur votre certificat de garantie.

REÇU PROVISOIRE

Le récépissé de règlement sera adressé dans les 30 jours avec les conditions particulières.

Montant du versement ...,... €

Frais de dossier limités à 30 € ...,... €

Montant total à verser, y compris les frais de dossier ...,... €

☐ **Versé par la personne à assurer par chèque** ..... **N°**..... **, libellé à l'ordre de SMAM PRÉVOYANCE.**

☐ **à prélever sur RIB joint**

L'Adhérent reconnaît et déclare avoir bien reçu l'ensemble des documents du Dossier d'Adhésion composé de l'encadré mentionné à l'article L. 132-5-3 du Code des Assurances, du Bulletin d'adhésion et des Conditions Générales valant notice d'information, et avoir bien pris connaissance de l'ensemble des informations contenues dans ces documents, et notamment des conditions d'exercice du droit de renonciation prévu à l'article 10 des Conditions Générales.

A ..... , le .....

(signature précédée de la mention "Lu et approuvé")

La personne à assurer, Le conseiller

SwissLife Assurance et Patrimoine
Siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08
SA au capital de € 113.250.000 - Entreprise régie par le Code des Assurances
341.785.632 RCS Paris

Feuillets 1 SMAM Prévoyance - 2 Correspondant - 3 La personne à assurer

BA-FOBMETRO-05/2010