

Imprimez ce formulaire et envoyez-le dûment complété et signé.

Vous recevrez par retour de courrier un dossier complet pour valider votre adhésion.

Pour vous aider à remplir votre demande de pré-adhésion, appelez-nous au 01.41.32.34.87.

advital
25 RUE DES BAS
92 600 ASNIERES

L'ADHERENT

N° Sécurité Sociale :

Nom :

Prénom : Téléphone :

Adresse : Portable :

Profession :

LES ASSURES

Nom : Prénom : Date de naissance :

LA GARANTIE CHOISIE

(Ecrivez en toutes lettres : formule 1 - 2 - 3 - etc...)

La date d'effet

La date d'effet retenue sera le 1er du mois **suivant la réception** de votre demande d'adhésion

La cotisation

par mois

sous réserve de la validité des informations fournies

La cotisation est fixée en fonction de l'âge des assurés, du nombre des assurés, du régime social des assurés et du niveau de garantie choisie.

Le paiement

Prélèvement Mensuel obligatoire (ou chèque de 12 mensualités)

Je choisis la date du prélèvement le 1 le 5 / 6 ou le 10

de chaque mois

DECLARATION DE L'ADHERENT

La présente demande d'adhésion ne fait l'objet d'aucun recueil d'informations médicales. Les cotisations ne sont donc pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes à assurer. Je reconnais avoir imprimé le présent document en 2 exemplaires et conservé le deuxième exemplaire. Je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité des informations contractuelles contenues dans les pages du site internet dont est issue la présente demande d'adhésion à l'adresse www.advital.fr Notamment les pages suivantes : "tout savoir" ; "télécharger les dispositions générales" ; La présente adhésion sera conclue pour une durée minimale d'un an. Le présent document ne constitue pas une preuve d'assurance. Seule la confirmation écrite de l'enregistrement de votre demande valide l'adhésion.

Date et SIGNATURE

La présente demande de pré-adhésion est imprimé par l'adhérent(e) depuis le site internet www.advital.fr
Nous attirons votre attention d'adhésion sur les points-clés de la vie du contrat :

- durée d'engagement minimale de 12 mois -
- modalités à observer pour résilier -
- revalorisation des garanties et des cotisations.

consultables à la page tout savoir en détail du site www.advital.fr

Autorisation de prélèvement Mutuelle Santé

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la 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.

Numéro national d'émetteur
 426 157 COVEA
 421 050 AFILIA
 265 705 G.F.M.

Nom et adresse du titulaire du compte

Nom et adresse de votre agence bancaire

CODE BANQUE CODE GUICHET NUMERO DE COMPTE (11 chiffres) CLE RIB

Date et SIGNATURE