

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation et de l'acceptation par l'assureur, après examen du questionnaire de santé.

Je déclare avoir reçu un double de la demande d'adhésion, ainsi que la notice d'information.

Je déclare être adhérent à jour de mes cotisations au Service de Remplacement

Je déclare les réponses consignées sur la demande d'adhésion complètes, sincères et conformes à la vérité. Toute omission, réticence, ou déclaration fautive ou inexacte est de nature à entraîner l'application de la nullité de l'adhésion en vertu des articles L113-8, L113-9 et L132-26 du Code des assurances.

Je demande mon adhésion au contrat d'assurance collectif souscrit par le Service de Remplacement auprès de GROUPAMA MEDITERRANEE.

Date d'adhésion souhaitée : / / 2017

(Attention : cette date ne peut être antérieure à celle de la signature du présent bulletin)

Si vous acceptez que ces informations soient utilisées à des fins commerciales par Groupama, cochez ici :

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, le Service de Remplacementet les adhérents peuvent exercer leurs droits d'accès, de communication et de rectification auprès de la représentation locale ou régionale de Groupama.

A le

Signature du Président du Service de Remplacement

Signature de l'assuré