

# DEMANDE D'ADHESION

Date d'Effet Souhaitée : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Chef de Famille** :  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : .....@.....

Situation de Famille :  Marié  Célibataire  Veuf  Divorcé  Vie Maritale

Profession : ..... Employeur : .....

**Conjoint** :  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : .....@.....

Situation de Famille :  Marié  Célibataire  Veuf  Divorcé  Vie Maritale

Profession : ..... Employeur : .....

<b>Enfant</b> :	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe
1 <sup>er</sup> Enfant :	.....	.....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> Enfant :	.....	.....	.....	.....
3 <sup>ème</sup> Enfant :	.....	.....	.....	.....
4 <sup>ème</sup> Enfant :	.....	.....	.....	.....
5 <sup>ème</sup> Enfant :	.....	.....	.....	.....

**Compagnie choisie**: AVIVA  SOLLY AZAR  SWISS LIFE   
MYRIADE  APRIL  REPAM

**Tarif de la Garantie** : .....€ / mois

**Mode et périodicité** :  Prélèvement automatique  
**De paiement choisis**  Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel  
 Chèque  Annuel  Semestriel

**Pour les besoins de mon adhésion, je joins les pièces suivantes :**

\_ Photocopie attestation affiliation au régime obligatoire

\_ Relevé d'identité Bancaire

A .....Le.....

**Signature du demandeur précédée de la  
mention « Lu et Approuvé »**

# MODALITES DE SOUSCRIPTION

**\*Avez-vous complété, daté et signé ?**

La demande d'adhésion (complétée, datée, et signée)

**\*Documents à joindre impérativement pour la souscription.**

Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir.

Un relevé d'identité bancaire

**Une fois votre dossier complet :**

**Merci de nous le retourner à l'adresse suivante :**

**ASSURANCES ET CREDITS VALTON  
378 avenue du 14 Juillet  
BP 70005  
40601 BISCARROSSE Cedex**

