12 RUE AIME COLLOMB
69003 LYON
Tél. 04 78 62 99 56 - 06 59 74 25 17
contact@daman-assurances.fr

EN CAS DE DECES, CONTACTER IMPERATIVEMENT PFM CHAFCHAFI AU :

06 45 64 62 80 ou 09 52 68 32 88

BULLETIN D'ADHESION
AUX CONTRATS ASSISTANCE DECES MUTUAIDE

Nom :_____Prénom: _____

Date de naissance :_____/_____/_____

Adresse :_____

Code postal:_____Ville:_____

N" Tél :_____ Valable du :_____/_____/_____Au :_____/_____/_____

☐ **Renouvellement** ☐ **Nouvelle adhésion**

Cotisations choisies

☐ Individuel jusqu'a 29 ans

☐ individuel à partir de 30 ans

☐ Individuel **NOUVEAUX** adhérents **60 à 70 ans**

☐ **Famille * Anciens et Nouveaux adhérents - - de 60ans**

☐ **Famille* Anciens adhérents plus de 60ans**

☐ **Famille* NOUVEAUX adhérents 60 à 70 ans**

Cotisation annuelle :……€

Mode de paiement :……..…..

* Famille : Couple avec ou sans enfants -18ans fiscalement à charge ou enfant handicapé.

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions générales du contrat ci-dessus et d'y adhérer sans condition, ni réserve. Je déclare sur l'honneur être moi-même et les membres de ma famille bénéficiaires, en bon état de santé, à ce jour et depuis les 24 mois précédents ma première adhésion. Toute fausse déclaration ou omission volontaire entraine l'annulation immédiate des garanties souscrites conformément à l'Article L113-8 du Code des Assurances.

Fait-A: _____le ____/___/_____

Signature de l'adhérent précédé de la mention Lu et *approuvé"*

Signature Adhérent

Cachet de l'Intermédiaire

NOMS bénéficiaires autres que l'Adhèrent	PRENOMS	Date de Naissance