

SPÉCIAL
RÉSERVE

Déclaration
d'adhésion

2 vies actives, 1 assurance



Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - Entreprise régie par le code des assurances, créée en 1931.
Téléphone : 01 44 70 73 30 - Télécopie : 01 42 93 70 81 - Web : www.maa-assurance.fr

Compo 72.01/10 - 2572

Diffusé par :





Mutuelle d'Assurance des Armées
27, rue de Madrid - 75008 Paris
Téléphone: 01 44 70 73 30
Télécopie : 01 42 93 70 81
Web : www.maa-assurance.fr

DÉCLARATION D'ADHÉSION
VALANT CERTIFICAT DE GARANTIE

Affaire nouvelle Modification Code conseiller

1 SOUSCRIPTEUR	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	
Nom	Prénom
Né le	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e)
Grade	<input type="checkbox"/> Terre <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Gendarmerie <input type="checkbox"/> Interarmées <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Pompier
Profession	
Adresse	
Code postal	Commune
Numéro de téléphone domicile	Numéro de télécopie
Numéro de téléphone professionnel	Adresse e-mail

2 CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT	
Formule choisie R	Capital de référence correspondant
Indemnité journalière choisie (ITT) n° <input type="text"/>	Montant

3 BÉNÉFICIAIRES		
Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès, s'il est ou s'ils sont autre(s) que ceux prévus contractuellement (article 2 des Conditions générales):		
Nom	Prénom	Lien de parenté
Adresse		
A défaut (mêmes renseignements)		
A défaut (mêmes renseignements)		

4 RÈGLEMENT DES COTISATIONS / PÉRIODICITÉ			
<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique

5 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ	
Toute question doit faire l'objet d'une réponse par oui ou par non	
• Avez-vous subi, au cours des cinq dernières années, une opération chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, pour quelle affection ?	En quelle année ?
• Avez-vous interrompu, au cours des cinq dernières années, votre activité plus de trente jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, pour quel motif médical ?	
• Avez-vous déjà subi un préjudice corporel entraînant une incapacité permanente partielle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quels sont la nature et le taux de l'incapacité ?	
Depuis quelle année ?	

6 SOUSCRIPTION	
Je demande que les nouvelles garanties prennent effet le	/ /20
J'ai pris note que le contrat sera tacitement reconduit chaque année à l'échéance principale	

7 DÉCLARATION ET SIGNATURES	
Je déclare avoir reçu à la date de signature, un exemplaire des dispositions générales du contrat et avoir été informé que je dispose d'un délai de 30 jours après la date de souscription de la présente déclaration d'adhésion pour renoncer au contrat "spécial réserve". Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire, pour servir de base au contrat que je désire souscrire, sont complètes, sincères et à ma connaissance exactes et sais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat par application de l'article L 113-8 du Code des assurances.	
Fait à	le / /20
Signature du souscripteur Précédée de la mention "Lu et approuvé"	

Le sociétaire peut demander communication et rectification de toute information le concernant figurant sur tous fichiers à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès est assuré au siège de la M.A.A.



Mutuelle d'Assurance des Armées
27, rue de Madrid - 75008 Paris
Téléphone: 01 44 70 73 30
Télécopie : 01 42 93 70 81
Web : www.maa-assurance.fr

DÉCLARATION D'ADHÉSION
VALANT CERTIFICAT DE GARANTIE

Affaire nouvelle Modification Code conseiller

1 SOUSCRIPTEUR	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	
Nom	Prénom
Né le	
Situation de famille	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e)
Grade	<input type="checkbox"/> Terre <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Gendarmerie <input type="checkbox"/> Interarmées <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Pompier
Profession	
Adresse	
Code postal	Commune
Numéro de téléphone domicile	Numéro de télécopie
Numéro de téléphone professionnel	Adresse e-mail

2 CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT	
Formule choisie R	Capital de référence correspondant
Indemnité journalière choisie (ITT) n° <input type="text"/>	Montant <input type="text"/>

3 BÉNÉFICIAIRES		
Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès, s'il est ou s'ils sont autre(s) que ceux prévus contractuellement (article 2 des Conditions générales):		
Nom	Prénom	Lien de parenté
Adresse		
A défaut (mêmes renseignements)		
A défaut (mêmes renseignements)		

4 RÈGLEMENT DES COTISATIONS / PÉRIODICITÉ			
<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique

5 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ	
Toute question doit faire l'objet d'une réponse par oui ou par non	
• Avez-vous subi, au cours des cinq dernières années, une opération chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, pour quelle affection ?	En quelle année ?
• Avez-vous interrompu, au cours des cinq dernières années, votre activité plus de trente jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, pour quel motif médical ?	
• Avez-vous déjà subi un préjudice corporel entraînant une incapacité permanente partielle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quels sont la nature et le taux de l'incapacité ?	
Depuis quelle année ?	

6 SOUSCRIPTION	
Je demande que les nouvelles garanties prennent effet le	/ /20
J'ai pris note que le contrat sera tacitement reconduit chaque année à l'échéance principale	

7 DÉCLARATION ET SIGNATURES	
Je déclare avoir reçu à la date de signature, un exemplaire des dispositions générales du contrat et avoir été informé que je dispose d'un délai de 30 jours après la date de souscription de la présente déclaration d'adhésion pour renoncer au contrat "spécial réserve". Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire, pour servir de base au contrat que je désire souscrire, sont complètes, sincères et à ma connaissance exactes et sais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat par application de l'article L 113-8 du Code des assurances.	
Fait à	le / /20
Signature du souscripteur Précédée de la mention "Lu et approuvé"	

Le sociétaire peut demander communication et rectification de toute information le concernant figurant sur tous fichiers à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès est assuré au siège de la M.A.A.