

Contrat N° :

Apporteur :

SOUSCRIPTEUR

Raison sociale _____ RCS _____

Adresse en France métropolitaine : _____

Code postal [][][][][][][][] Ville _____

Téléphone [][][][][][][][][][][][][] E-mail _____

Nom de l'interlocuteur _____

TYPE DE CONTRAT SOUSCRIT (cochez le formule soucrite)

GARANTIE DE BASE : ASSISTANCE + ASSURANCE

OPTION SÉCURITÉ

NOMBRE D'ASSURÉS

_____ : Compléter la liste nominative des bénéficiaires ci-contre

COTISATION

TYPE DE GARANTIE (à cocher)	NOMBRE	TARIFS TTC	TOTAL TTC
<input type="checkbox"/> ASSISTANCE INDIVIDUELLE	_____ X	176,53 €	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> ASSISTANCE FAMILLE	_____ X	331,89 €	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> ASSURANCE INDIVIDUELLE	_____ X	85,00 €	= _____ € dont TCA ⁽²⁾ : _____
<input type="checkbox"/> RC	_____ X	4,70 €	= _____ € dont TCA ⁽²⁾ : _____
<input type="checkbox"/> OPTION SÉCURITÉ			
<input type="checkbox"/> de 1 à 50 salariés			
<input type="checkbox"/> Formule seule	_____ X	50,00 .€	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> Formule famille	_____ X	85,00 .€	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> de 51 à 100 salariés			
<input type="checkbox"/> Formule seule	_____ X	42,00 .€	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> Formule famille	_____ X	70,00 .€	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> de 101 à 250 salariés			
<input type="checkbox"/> Formule seule	_____ X	33,00 .€	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
<input type="checkbox"/> Formule famille	_____ X	55,00 .€	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
		MONTANT TOTAL	= _____ € dont TVA ⁽¹⁾ : _____
			= _____ € dont TCA ⁽²⁾ : _____

Date d'échéance du contrat : [][][][][][][][][][][][][]

Date de fin de contrat : [][][][][][][][][][][][][]

L'option Sécurité ne peut être souscrites indépendamment de l'assistance et de l'assurance.

⁽¹⁾ TVA à 20 % - Taux légalement en vigueur

⁽²⁾ Taxe d'assurance à 9 % - Perception pour le fond de garantie contre les attentats et actes de terrorisme.

Le contrat Mobilité Assistance est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance pour une période d'un an (résiliable 1 mois avant l'échéance). Ce dernier se compose du présent Bulletin d'adhésion et des Dispositions Générales dont un exemplaire est remis ce jour au souscripteur et dont celui-ci reconnaît avoir pris connaissance, et les accepte comme faisant partie dudit contrat. Le présent contrat prend effet à la date d'effet indiquée. La date d'effet ne peut être antérieure à la date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi).

Exemplaire original à compléter et signer, puis à retourner à :
EUROP ASSISTANCE - Service Gestion Clients - 1 promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers Cedex
(Copie à remettre au souscripteur)

LISTE DES BÉNÉFICIAIRES

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

La loi N° 78.17 du 06.01.78, telle que modifiée par la loi du 06.08.04, relative à l'Informatique et aux Libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations personnelles vous concernant détenues par EUROP ASSISTANCE FRANCE. Ce droit s'exerce auprès du siège social d'EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers. Toutes les informations sont obligatoires pour que votre contrat puisse être effectif. Sauf refus formulé par courrier en précisant vos nom et prénom, adresse et N° de contrat, EUROP ASSISTANCE se réserve le droit d'utiliser vos coordonnées à des fins commerciales..

Souscrit le :

Signature du souscripteur :

