

Code agent : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'ASSURANCE

Oui, je désire cette couverture d'assurance

Niveau de garantie souhaité (même niveau pour tous les assurés) :

1  2  3  4  5

Prime mensuelle : \_\_\_\_\_

### Preneur d'assurance

Madame  Monsieur      Date de naissance

Nom

Prénom

Rue/No

NPA/lieu

Téléphone

e-mail

IBAN

### Assurés supplémentaires (vivant dans le même foyer)

Madame  Monsieur      Date de naissance

Nom

Prénom

Madame  Monsieur      Date de naissance

Nom

Prénom

Madame  Monsieur      Date de naissance

Nom

Prénom

### Police d'assurance

Dès réception de votre demande d'assurance, nous vous ferons parvenir la police souhaitée, sans engagement. Vous pouvez ensuite nous la retourner dans un délai de 30 jours si vous changez d'avis. Les Conditions Générales d'Assurance, imprimées dans cette brochure, s'appliquent. A la date d'expiration et, dans la mesure où elle n'est pas résiliée dans un délai de trois mois avant la date d'expiration de l'assurance annuelle, l'assurance sera reconduite automatiquement pour une durée d'un an. La compagnie d'assurance est Chartis Europe SA, Courbevoie, succursale de Zurich, 8027 Zurich. Vos données personnelles seront utilisées uniquement dans le cadre de l'exécution de ce contrat d'assurance et ne seront pas transmises à des tiers non impliqués.

Lieu, Date

Signature