

# DEMANDE D'ADHÉSION À COCOON ASSURANCE SANTÉ

Ce bulletin est à renvoyer à l'adresse suivante : COCOON - AUTORISATION 15734 76059 LE HAVRE  
N° de téléphone Cocoon Assurance Santé : 02 98 76 92 60 / Merci d'écrire en majuscules

Je demande mon adhésion à Cocoon Assurance Santé

N&NCOV15AGD07



Madame  Monsieur

Nom : BELIN..... Prénom : GERALDINE.....

Né(e) le : 27/06/1968..... Numéro de Sécurité sociale : 2680628280045..... clé : 73.....

Adresse du domicile : 6.RUE.MAUCHANP..RES.DU.LAC.LES.DAINS.....

Code postal : 21200..... Ville : BEAUNE.....

Tél. domicile : 01.23.45.67.89..... E-mail : geraldinebelin@hotmail.fr.....

Tél. mobile : 06.09.63.80.91.....

Je suis affilié(e) Sécurité sociale au régime :  GÉNÉRAL  ALSACE MOSELLE

Je demande l'adhésion à Cocoon Assurance Santé également pour les personnes suivantes :

	Nom et Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	
Conjoint / Concubin / Partenaire d'un pacs				
Enfant à charge 1	BELIN MARIE-CHLOE	14/09/1999	2680628280045	73
Enfant à charge 2				
Enfant à charge 3				

Au-delà de 3 enfants, merci d'indiquer les informations demandées sur papier libre.

Je choisis ma formule :

1 seul choix pour tous les bénéficiaires :  ECO  ESSENTIEL  ESSENTIEL +  
 CONFORT  CONFORT +  PRIVILEGE

Ma cotisation mensuelle totale est de : .....75,23 € TTC

Je m'abonne gratuitement aux services G+ pour recevoir un e-mail :  
 à chaque remboursement  toutes les semaines  tous les mois

Avec les services G+, vous accédez en exclusivité à de nombreuses fonctionnalités dont l'archivage automatique pendant deux ans de vos décomptes de remboursement dans votre espace personnel sur Génération.fr. N'oubliez pas d'indiquer votre adresse e-mail.



Je souhaite que mon contrat Cocoon Assurance Santé débute le 21/12..... 20 15..

Je signe mon bulletin

Je demande mon adhésion au contrat collectif n° CT 1750091, souscrit par Coverlife auprès de Serenis Assurances. Je déclare avoir pris connaissance du présent bulletin ainsi que de la Notice d'information NI CAS 04/15 relatives aux garanties choisies et avoir reçu et conservé, préalablement à mon adhésion, l'information prévue par l'article L. 112-2-1.III du code des assurances. Je reconnais avoir été informé que je dispose d'un droit d'accès, de renonciation à l'adhésion de 30 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où je recevrai les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires si ce dernier jour celui de la conclusion de l'adhésion. De plus, je demande expressément l'exécution de mon contrat d'assurance, prise d'effet choisie. Je reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou déclaration entrainerait l'application des sanctions des articles L. 113-8 ou L. 113-9 du code des assurances. Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition que je peux exercer auprès de Coverlife - Cocoon Assurance Santé - 14 ter rue André Dessaux - 45400 FLEURY-LES-AUBRAIS.

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURÉ  
Le 21/12/2015  
Signé par Geraldine Belin  
Signed with universign

Cocoon, une marque de Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social: 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias 14 002 763 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Talbot - 75009 PARIS  
Assureur : Serenis Assurances SA - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69314 TASSIN cedex - SA au capital de 16 422 000 € - Siren 350 838 686 RCS Romans - N° TVA FR13350838686 - Entreprise régie par le code des assurances

