A R I A S
ASSURANCE ANNULATION RECEPTIONS PRIVEES

DEMANDE D'ASSURANCE

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONTRACTANT

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle (1) **Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse .....

Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Ville** .....

Téléphone : .. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ **.Mobile :** ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ E-mail : ..... @ .....

Profession : ..... **Date de naissance :** ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Catégorie professionnelle ☐ Cadre ☐ Technicien – Agent de maîtrise ☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Autres (1)

RENSEIGNEMENTS SUR LA RECEPTION

Date de la réception : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Lieu de la réception** .....

Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Ville**.....

La réception se déroule-t-elle en tout ou partie en plein air ? **OUI** ☐ **NON** ☐
(si oui, veuillez nous contacter au préalable)

Le lieu de la réception est-il en cours de construction, rénovation ou décoration ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Un ou plusieurs assuré(s) a-t-il plus de 80 ans ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Souffre-t-il d'une maladie susceptible de provoquer l'annulation ou l'ajournement de la réception ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Vous pouvez également donner la qualité d'Assuré à d'autres personnes dont l'absence aurait une influence directe sur l'annulation ou le report de la réception :

	Nom/Prénom	Age
1		
2		
3		
4		

Montant de votre budget réception : _____ **€** **Cotisation correspondante** (2)**:** _____ **€ TTC**

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURE (si différent du contractant)

Nom : ..... **Prénom :**..... **Date de naissance :** ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Je déclare :

- avoir pris connaissance du texte intégral des dispositions générales de l'assurance **ARIAS** annulation Réceptions privées ;
- avoir été informé que la garantie prend effet au plus tôt, le 365ème jour avant la date de la réception, et au plus tard, 30 jours avant la date de la réception ;
- avoir été informé qu'en tout état de cause, la garantie n'est acquise qu'après le paiement intégral de la cotisation(3);
- avoir été informé que toute omission ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités, résiliation du contrat) du Code des assurances ;
- avoir été informé qu'en application de la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements et données à caractère personnel, et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès aux informations, en vue de confirmer, modifier, rectifier ou supprimer les données, figurant sur un fichier, qui me concernent, en m'adressant à la **CAMEIC**.

Fait à ....., le .....
Signature du contractant :

CAMEIC Société d'Assurances Mutuelle à cotisations variables - 25, rue de Madrid 75008 Paris - Tél. 01 45 22 85 64 Email : info@cameic.com Internet : www.cameic.com
Autorité chargée du contrôle de la société : ACAM, Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09

(1) Cochez la case utile

(2) Consultez le barème et inscrivez ici le montant de la cotisation correspondant à la tranche de barème de votre budget.

(3) Veuillez joindre un chèque correspondant à votre demande d'assurance. La demande d'assurance non accompagnée du paiement correspondant ne sera pas prise en considération