

## PROPOSITION D'ASSURANCE SANTÉ GAMME SENIORS

**SOUSCRIPTEUR** N° de personne : \_\_\_\_\_  
 N° client agence : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 M, Mme Nom Prénom  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 N°, avenue, rue  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code postal Ville

**AGENT OU COURTIER**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code : \_\_\_\_\_

Affaire nouvelle  avenant  remplacement   
 Contrat n° : \_\_\_\_\_  
 Mode de paiement :  
 prélèvement automatique  autres   
**si PA, joindre un RIB, RIP ou RICE, l'autorisation et indiquer la date de prélèvement :**  
 Le 05 du mois ou  Le 15 du mois  
 Fractionnement :  
 Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel (uniquement si PA)

Avez-vous délivré une garantie à effet immédiat ?  Oui  Non  
 Forme/références : \_\_\_\_\_  
 Date d'effet : \_\_\_\_\_ h  
 Échéance principale : \_\_\_\_\_ (si différente de la date d'effet)  
 Acompte versé : \_\_\_\_\_ €

### ASSURÉS

Assurés	① Souscripteur	② Conjoint
Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
Code CSP	.....	.....
Régime social	<input type="checkbox"/> Salariés régime général <input type="checkbox"/> Salariés régime local Alsace Moselle <input type="checkbox"/> Travailleurs non salariés <input type="checkbox"/> Exploitants et salariés agricoles	
N° d'immatriculation régime obligatoire	Joindre impérativement l'attestation d'assuré social ou indiquer le numéro de l'assuré de rattachement ou rattachement à l'assuré n°.....	
Organisme d'affiliation	.....	.....
N° d'organisme d'affiliation	.....	.....

### GARANTIES SOUSCRITES

**Garanties de base**

Salariés régime général :  RS100  RS100+  RS125  RS150  
 Travailleurs non salariés :  RT100  RT100+  RT125  RT150  
 Exploitants et salariés agricoles :  RE100  RE100+  RE125  RE150  
 Salariés régime local Alsace Moselle :  RA100+  RA125  RA150

**Garanties optionnelles**

Garantie HOSPI+ - Frais complémentaires d'hospitalisation de 25 € par jour pendant 365 jours  
 Garantie HOSPI+ - Frais complémentaires d'hospitalisation de 50 € par jour pendant 365 jours

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les formules de la gamme seniors sont solidaires. Aucun questionnaire de santé n'est à compléter.

## REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Virement des prestations dépenses de santé  Oui  Non

(Joindre un RIB, RIP ou RICE, si vous n'avez pas opté pour le prélèvement des cotisations ou si le compte de virement est différent du compte de prélèvement.

## DOCUMENTS À JOINDRE

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale des personnes à assurer
- RIB, RIP ou RICE pour le prélèvement des cotisations ou le virement des prestations
- Autorisation de prélèvement si vous optez pour le prélèvement des cotisations

Je déclare être informé que je dispose d'un droit de rectification pour toutes informations me concernant conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants ou prestataires dans la mesure où cela est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat ou des contrats souscrits auprès de lui.

Je déclare que les réponses faites ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes et conformes à la vérité.

Fait à : \_\_\_\_\_ ,

Signature du proposant (\*)

(\*) Faire précéder la signature de la mention " lu et approuvé "

le : \_\_\_\_\_

Signature de l'agent ou du courtier

**Extrait de l'Article L 113-8 du Code des Assurances.** Indépendamment des causes ordinaires de nullité, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

**Loi informatique et Liberté.** Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à notre usage, à celui de nos mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels.

## PARTIE RÉSERVÉE

Zone de tarification : ..... (ne concerne pas les salariés régime local Alsace Moselle)

Assuré ① Cotisation mensuelle TTC garanties de base = ..... € Cotisation mensuelle TTC garantie optionnelle = ..... €

Assuré ② Cotisation mensuelle TTC garanties de base = ..... € Cotisation mensuelle TTC garantie optionnelle = ..... €

Cotisation totale mensuelle TTC = ..... €