

# PROPOSITION D'ASSURANCE SANTE GAMME ACTIFS

**SOUSCRIPTEUR**

N° de client agence : \_\_\_\_\_

M, Mme \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N°, Avenue, rue \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**AGENT OU COURTIER**

CABINET D'ASSURANCES

**ANTOINE MOTHERON**  
Agent Général

3, rue de Verdun - Bât I - 78590 NOISY LE ROI  
Tel : 01 30 80 07 41 - Fax : 02 54 89 18 10

Code : **0 6 1 4 1 0 5 2**

**Affaire Nouvelle**

Date d'effet : \_\_\_\_\_

Mode de paiement :

Prélèvement Automatique  Autres

**Si PA, joindre un RIB, RIP ou RICE, l'autorisation de prélèvement et indiquer la date de prélèvement**

le 5 du mois ou  le 15 du mois

Fractionnement

Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel (uniquement si PA)

## ASSURES

Assurés	Souscripteur	Conjoint	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant
Nom						
Prénom						
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance						
Régime social	<input type="checkbox"/> Régime Général	<input type="checkbox"/> Régime Local Alsace Moselle	<input type="checkbox"/> Travailleurs Non Saliariés		<input type="checkbox"/> Exploitants ou salariés Agricoles	
N° immatriculation Régime Obligatoire (Num Sécurité Sociale)						
Organisme d'affiliation						

## GARANTIES SOUSCRITES

**Garanties de base**

Formule choisie :  F2-100  F3-100+  F4-125  F5-150  
 F6-200  F7-300  F8-400

**Garanties optionnelles**

Garanties HOSPI+ - Versement forfaitaire de 25 €/jour dès le 1er jour d'hospitalisation et dans la limite de 365 jours par hospitalisation

Garanties HOSPI+ - Versement forfaitaire de 50 €/jour dès le 1er jour d'hospitalisation et dans la limite de 365 jours par hospitalisation

## DOCUMENTS A JOINDRE

- Photocopie de l'attestation d'assuré social des personnes à assurer
- RIB, RIP ou RICE pour le prélèvement des cotisations ou le virement des prestataires
- 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 06 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature du proposant (\*)

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

Signature de l'agent ou du courtier

CABINET D'ASSURANCES  
**ANTOINE MOTHERON**  
Agent Général  
34-36, Avenue de Verdun - 41100 VENDOME  
Tél. 02 54 89 18 18 - Fax 02 54 89 18 10

**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 à 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.