

DEMANDE DE SOUSCRIPTION CONFORT HOSPITALISATION

SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE

Swiss life Prévoyance et santé- siège social : 86 bd Haussmann-75008 Paris
SA au capital de 150 000 000 € - RCS Paris B.322.215.021 – Entreprise régie par le code des assurances

Exemplaire à nous retourner

Type de contrat : Affaire nouvelle
Ce contrat a été conclu en face à face : NON
Adresse de l'Adhérent :
.....
.....
.....
Tél Dom :
Souscripteur :
Date du jour :

Votre interlocuteur :
ATOUT
Santé
TEL : 0871781852
FAX : 0140920061
Code : 0026206

NOMS ET PRENOMS	DATES DE NAISSANCE	N° de Sécurité sociale / N° Organisme d'affiliation (figurant sur l'attestation sécurité sociale)	Profession
..... /
..... /
..... /
..... /

VEUILLEZ COCHER L'IDEMNITE CHOISIE ET LE OU LES BENEFICIAIRES CI-DESSOUS:

POUR MOI-MEME

POUR MON CONJOINT

POUR MES ENFANTS

(L'adhésion d'un adulte est obligatoire)

AGES	Nombre	IJ=20€/jour	Nombre	IJ=30€/jour	Nombre	IJ=60€/jour
< 20 ans		3,00€		4,50€		9€
De 20 à 45 ans		4,20€		6,30€		12,60€
De 46 à 55 ans		5,40€		8,10€		16,20€
De 56 à 65 ans		7,20€		10,8€		21,60€
TOTAUX	€	€	€

QUESTIONNAIRE DE SANTE A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS SOUSCRIVEZ L'OPTION CONFORT D'HOSPITALISATION – MERCI-	MOI-MEME	MON CONJOINT	1 ^{ER} ENFANT	2 ^E ENFANT
--	----------	--------------	------------------------	-----------------------

Q1	Etes-vous actuellement hospitalisé(e) ?	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Q2	Envisagez-vous un séjour hospitalier et/ou un séjour spécialisé (repos, cure...) avec ou sans intervention chirurgicale dans les 6 mois ? (autre que appendicite, amygdales, végétations)	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Q3	Etes-vous pris(e) en charge à 100% (incapacité ou invalidité) par votre régime obligatoire?	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Q4	Dans les 3 années précédant la souscription, avez-vous été soigné(e) pendant plus de 2 mois consécutifs pour une maladie, un accident, une malformation ?	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Q5	Dans les 2 mois qui viennent de s'écouler, avez-vous consulté plus de 4 fois un généraliste ou un spécialiste ? (enfant<10ans non concernés)	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Q6	Merci d'indiquer votre poids Et votre taille Kgs 1,.....cmKgs 1,.....cmKgs 1,.....cmKgs 1,.....cm
Q7	Etes-vous enceinte?	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Q8	Effectuez-vous des séjours à l'étranger de plus d'un mois en dehors des pays de l'Union Européenne ?	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, veuillez donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date,nature,conséquences) :

Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions de santé et reconnait savoir que toute réticence ou fausse déclaration Intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraînerait l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code desAssurances.

Fait à **le** Signature obligatoire :



Votre demande de projet est une marque de confiance à notre égard et nous vous remercions vivement. Nous vous précisons toutefois que les chiffres indiqués dans le présent projet (garanties et cotisations) sont établis en supposant qu'il n'existe aucun risque aggravant d'ordre médical, professionnel ou sportif. Cette étude devra être confirmée par les dispositions générales et personnelles, seuls documents ayant une valeur contractuelle, sous réserve d'acceptation médicale par la Compagnie. Vous disposez d'un droit d'accès, et de rectification aux données vous concernant conformément à la loi du 06/01/1978, auprès du siège de la société SWISS LIFE

Chez nous, vous avez le choix de la date de prélèvement (cochez la case choisie) : le 5 le 10 le 20 le 26 du mois

Veuillez remplir et signer l'autorisation de prélèvement ci-dessous accompagnée de votre RIB ou RIP (Postal). Merci !

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessous. J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER :

Société suisse santé
1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny
59671 Roubaix cedex 1

N° NATIONAL D'EMETTEUR

149616

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT
TENEUR DU COMPTE A DEBITER :**

NOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL.....
VILLE.....

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR :

.....
.....
.....
.....

COMPTE A DEBITER :

CODE BANQUE CODE GUICHET N° COMPTE CLE RIB
/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /

Fait à <Ville>

le

Signature obligatoire : 

A IMPRIMEZ ET A NOUS
RETOURNEZ SIGNEE
A L'ADRESSE SUIVANTE

ATOUT SANTE
5 SQ ANCIENS COMBATTANTS
92120 MONTROUGE