

ETUDE TARIFAIRE
« COMPLEMENTAIRE SANTE »
Date d'effet souhaitée :/...../.....

SOUSCRIPTEUR :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Tél : _____

PERSONNE(S) A GARANTIR :

Adulte(s)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Régime obligatoire : CPAM MSA SSI AUTRES (à préciser) _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Régime obligatoire : CPAM MSA SSI AUTRES (à préciser) _____

Enfant(s)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Rattaché(e) Père Mère

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Rattaché(e) Père Mère

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Rattaché(e) Père Mère

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Rattaché(e) Père Mère

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Rattaché(e) Père Mère

GARANTIES SOUHAITEES :

Adulte(s)

Hospitalisation : sans dépassements d'honoraires avec dépassements d'honoraires

Chambre particulière : oui non Médecines douces : oui non

Médecine courante : sans dépassements d'honoraires avec dépassements d'honoraires

Forfait optique : < 100 € entre 100 € et 200 € > 200 € Dentaire : < 200 % > 200 %

Enfant(s)

Hospitalisation : sans dépassements d'honoraires avec dépassements d'honoraires

Chambre particulière : oui non

Médecine courante : sans dépassements d'honoraires avec dépassements d'honoraires

Forfait optique : < 100 € > 100 € Orthodontie : oui non

FRACTIONNEMENT ET MODE DE PAIEMENT : Annuel Semestre Trimestre Mensuel
 Prélèvement Chèque

COMPAGNIE ET PRIME ACTUELLE : _____ Echéance : _____