

DEMANDE DE SOUSCRIPTION AMIS INDIVIDUEL SANTÉ

N° CONVENTION 30342, 30344, 30346



malakoff médéric

Votre contact

1 LE SOUSCRIPTEUR

Mme M.

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Portable

E-mail @

N° de Sécurité sociale N° d'organisme obligatoire*

Si vous ne désirez pas être informé(e) par email de la mise à disposition de vos décomptes de prestations sur votre espace personnel, cochez cette case

*Cette information est disponible sur votre attestation de carte vitale qui est à joindre à la présente demande de souscription.

2 VOS GARANTIES ET VOTRE COTISATION

Après avoir pris connaissance de votre devis et des conditions générales, veuillez cocher la formule souhaitée parmi celles-ci-après. Les garanties sont applicables à la date d'effet de chaque contrat sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

Garantie frais de santé

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Contrat RESPONSABLE 30342

Date d'effet souhaitée / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Contrat SOLIDAIRE 30344 - Les garanties proposées par le contrat solidaire améliorent votre couverture.

Date d'effet souhaitée / /	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	<input type="checkbox"/>
--	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	--------------------------

Cotisation totale frais de santé

..... €*

* Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles pour l'ensemble des bénéficiaires. À ces tarifs doit être rajoutée l'assistance (0,22 €/mois/bénéficiaire).

Garantie décès par accident de l'assuré (seul l'assuré est couvert)

	Capital	Cotisation
--	---------	------------

Contrat SOLIDAIRE 30346

Date d'effet souhaitée / / 000 € €*
--	-------------	----------

* Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles pour l'assuré uniquement.

Cotisation totale en fonction des garanties choisies

..... €

Les cotisations sont celles en vigueur à la date d'effet du (des) contrats(s) et évoluent chaque année conformément aux conditions générales. Elles sont payables à terme d'avance.

J'ai bien noté que des conditions particulières seront émises par Quatrem pour chaque contrat, afin de formaliser l'acceptation de ma (mes) souscription(s) ainsi que sa(leur) date d'effet. Ces conditions particulières sont à retourner signées à votre contact / conseiller en assurance.

3 CHOIX DES MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations sont payables à terme d'avance.

Prélèvement bancaire (remplir le mandat de prélèvement SEPA) : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Date de prélèvement souhaitée : 1 5 10 15 du mois (ou si autre que mensuel : du 1^{er} mois de la périodicité choisie)

Réception des appels de cotisations par e-mail : Oui (merci de vérifier que vous avez renseigné votre adresse e-mail)
 Non, réception par courrier à l'adresse de correspondance de l'assuré
 ou autre adresse

Si vous souhaitez un autre mode de paiement, veuillez contacter votre conseiller en assurance.

4 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES SANTÉ

Lien familial	Prénom & Nom	Naissance	N° de Sécurité sociale	Régime obligatoire	N° d'organisme d'affiliation	Télétransmission
Assuré		Le à Département Pays				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Le à Département Pays				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Le à Département Pays				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Le à Département Pays				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Le à Département Pays				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Le à Département Pays				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5 BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE L'ASSURÉ

(À remplir uniquement si la garantie décès par accident de l'assuré est choisie en vous aidant des recommandations figurant en page 7)

Les prestations dues en cas de décès par accident de l'assuré sont attribuées :

- soit conformément à la désignation type prévue à la notice d'information, à savoir :
 - mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à défaut, mon partenaire de PACS à défaut mon concubin, à défaut, par parts égales mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, à défaut, à mes autres héritiers conformément à la dévolution successorale.
- soit à des bénéficiaires particuliers que vous aurez choisis si la désignation type ne vous convient pas.
Dans ce cas, précisez ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) choisi(s) en indiquant nom, prénom(s), adresse, date et lieu de naissance.

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

6 DISPOSITIONS DIVERSES

Télétransmission des décomptes du régime obligatoire

Afin que le remboursement des frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, l'adhérent et les bénéficiaires tels que définis au contrat autorisent l'assureur (conformément à la loi 78-17 "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978) à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec sa caisse du régime obligatoire si cela est possible. S'ils ne le souhaitent pas, ils ont la possibilité de refuser par écrit.

Modèle de lettre de renonciation à la souscription

Pour exercer votre droit de renonciation, dont les modalités sont prévues à la notice d'information, vous pouvez utiliser le modèle de lettre suivant : Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à ma souscription au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date d'effet des conditions particulières), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-9 du code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L 112-2-1 du code des assurances (en cas de souscription à distance) - (rayer la mention inutile).

Loi Informatique et Libertés

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Quatrem organisme assureur du groupe Malakoff Médéric, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Pour plus d'information, la liste d'opposition au démarchage téléphonique est gérée par la société Opposetel. www.bloctel.gouv.fr

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par e-mail à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

7 DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Je demande à souscrire au contrat :

CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE AMIS INDIVIDUEL SANTÉ 30342

CONTRAT SOLIDAIRE AMIS INDIVIDUEL :

- Garantie Frais de santé n°30344** (cocher la case)
- Garantie Décès par accident de l'assuré n°30346** (cocher la case)

Je déclare (cocher les cases) :

- avoir reçu un exemplaire de la présente demande de souscription et en avoir pris connaissance,
- relever du régime de Sécurité sociale française et résider en France métropolitaine,
- ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire santé à quelque titre que ce soit,
- être informé(e) que mon(mes) contrat(s) serait(ent) nul(s) en cas de déclaration inexacte,
- être informé que l'assureur peut me demander à tout moment de justifier que mon conjoint, partenaire du PACS, concubin, mes enfants à charge, répondent bien à la définition contractuelle par tous moyens à sa convenance,
- avoir reçu un exemplaire des conditions générales du contrat AMIS INDIVIDUEL SANTE Responsable et solidaire n° 30342 et en avoir pris connaissance,
- être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le contrat AMIS INDIVIDUEL SANTE responsable et solidaire n° 30342 et rappelées au paragraphe "modèle de lettre de renonciation à la souscription" de la présente demande de souscription,
- avoir reçu un exemplaire des conditions générales du contrat AMIS INDIVIDUEL solidaire n° 30344/30346 et en avoir pris connaissance,
- être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le contrat AMIS INDIVIDUEL solidaire n° 30344/30346 et rappelées au paragraphe "modèle de lettre de renonciation à la souscription" de la présente demande de souscription,
- je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande de souscription et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.**

Fait à

Le

Signature de l'assuré

8 MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

IMPORTANT : veuillez remplir intégralement cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne. Cela peut être un document séparé ou celui de votre conseiller en assurances.

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom Prénom(s)

Ou raison sociale

Adresse

Code postal Ville Pays

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Quatrem à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Quatrem. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant le débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

ORGANISME CRÉANCIER : HENNER GMC AMIS - MALAKOFF MÉDÉRIC

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR56AMI414162

La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé d'identité bancaire du titulaire du compte à débiter.

Fait à

Le

Signature