

DEMANDE DE SOUSCRIPTION
ATOUT + Individuel

N° convention 0032664, 0032665, 0032666

Le souscripteur

 ÉTAT CIVIL MONSIEUR MADAME

NOM D'USAGE (marital s'il y a lieu)..... NOM DE NAISSANCE.....

PRÉNOM(S)..... DATE DE NAISSANCE/...../..... NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE.....

 SITUATION DE FAMILLE : CÉLIBATAIRE VEUF(VE) DIVORCÉ(E) SÉPARÉ DE CORPS JUDICIAIREMENT
 MARIÉ(E) PARTENAIRE DE PACS CONCUBIN(E)

ADRESSE.....

CODE POSTAL..... COMMUNE.....

TÉLÉPHONE..... E-MAIL..... @.....

 En cochant cette case, vous avez la possibilité de choisir la communication de votre documentation contractuelle et de vos décomptes de remboursement à l'adresse email renseignée ci-dessus.

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE..... N° D'ORGANISME OBLIGATOIRE (*).

(*) Cette information est disponible sur votre attestation de régime obligatoire d'assurance maladie qui est à joindre à la présente demande de souscription

Les garanties et cotisations
 Affaire nouvelle Modification

(Les garanties sont applicables sous réserve d'acceptation de l'assureur et de la signature d'un exemplaire des conditions particulières)

Indiquez la date d'effet de l'affiliation souhaitée.....

A - Contrat complémentaire santé N° 0032664

 Précisez la formule retenue : Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4 Formule 5 Formule 6

La formule de garantie applicable à votre contrat est rappelée au sein des conditions particulières.

Bénéficiaires des garanties

	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽¹⁾	Situation ⁽²⁾	Régime obligatoire ⁽³⁾	N° d'organisme d'affiliation	Autre mutuelle		CSS (*)	
								Oui	Non	Oui	Non
Souscripteur											
Conjoint, Partenaire au PACS, Concubin											
Enfants à charge (gratuit à compter du 3° enfant)											

1) Joindre l'attestation de Régime obligatoire d'assurance maladie de l'ensemble des bénéficiaires.

2) Précisez la situation du bénéficiaire (conjoint, partenaire au PACS, concubin, enfant étudiant, enfant apprenti, autre...).

3) Précisez le régime obligatoire d'assurance maladie du bénéficiaire (par exemple Régime général).

* CSS : Complémentaire Santé Solidaire.

B - Contrat complémentaire renforcé santé N° 0032665

Lorsque vous optez pour la formule 6 de la convention n° 0032664, vous bénéficiez du renfort de garantie au titre du contrat complémentaire renforcé en cochant la case.

La formule retenue et reprise le cas échéant dans vos conditions particulières est : **la formule 6**.

Les bénéficiaires sont nécessairement les mêmes que ceux effectivement couverts au contrat complémentaire, mentionnés au paragraphe « A » ci-dessus.

Montants des cotisations contrat(s) frais de santé

	<input type="checkbox"/> Contrat complémentaire n° 0032664	<input type="checkbox"/> Contrat complémentaire renforcé n° 0032665
Montant de la cotisation globale incluant le souscripteur et ses bénéficiaires		€
Assistance (0,29 € ttc / mois / bénéficiaire)		€
TOTAL (*)		€

(*) Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles pour l'ensemble des bénéficiaires.

C - Contrat optionnel « décès accidentel » N° 0032666

Vous pouvez souscrire au contrat optionnel « décès accidentel » en cochant la case et en remplissant les informations requises au présent paragraphe.

GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT	Capital ⁽¹⁾	Cotisation
Souscripteur seul	<input type="checkbox"/> 5 000 €	€
	<input type="checkbox"/> 10 000 €	
	<input type="checkbox"/> 15 000 €	
	<input type="checkbox"/> 20 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 30 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 40 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 50 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 60 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 70 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 80 000 € ⁽²⁾	
	<input type="checkbox"/> 90 000 € ⁽²⁾	
<input type="checkbox"/> 100 000 € ⁽²⁾		

(1) Cochez le montant du capital choisi. Les tarifs correspondent aux cotisations mensuelles TTC.

(2) En cochant ce montant de capital, vous bénéficiez d'une réduction de 5 % sur votre cotisation globale au titre des contrats complémentaires santé n° 0032664 et n° 0032665 s'il est souscrit.

Désignation des bénéficiaires

Si le contrat souscrit prévoit le versement de capitaux en cas de décès accidentel, ils seront versés dans l'ordre de priorité prévu dans les conditions générales. Si vous souhaitez une désignation de bénéficiaires différente vous devez faire connaître vos intentions à Malakoff Humanis soit par lettre manuscrite, soit en utilisant l'imprimé « Désignation particulière des bénéficiaires » à envoyer à cette adresse : MALAKOFF HUMANIS Atout Santé Courtage – Malakoff Humanis - Service Prévoyance UG 88A - 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex 1.

Montant de votre cotisation globale :

Votre (vos) contrat(s) frais de santé	
Contrat complémentaire santé N° 0032664	€
Contrat complémentaire renforcé santé N° 0032665 (si souscrit)	
Votre option prévoyance	
Contrat optionnel « décès accidentel » N° 0032666 (si souscrit)	€
TOTAL (incluant la cotisation au titre de l'assistance)	€

Choix des modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations sont payables à terme d'avance.

La périodicité de paiement est : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Dates de prélèvement souhaité, le cas échéant : 1^{er} 5 10 le 15 du mois
(ou si autre que mensuel, premier jour du mois de la périodicité choisie).

Prélèvement bancaire (Remplir le mandat de prélèvement SEPA) Virement bancaire

Télétransmission des décomptes du régime obligatoire

Afin que le remboursement des frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, le souscripteur et les bénéficiaires tels que définis au contrat autorisent le gestionnaire (conformément à la loi 78-17 « Informatique et liberté » 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 le refuser en le notifiant par écrit sur papier libre.

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(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date figurant aux 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) – (conserver la mention appropriée) ».

Déclaration du souscripteur

Je demande à souscrire au contrat auprès de QUATREM géré sous les références n° 0032664 ATOUT + Individuel (cochez la case).

Si vous bénéficiez de la formule 6, vous bénéficiez du contrat complémentaire renforcé santé n°0032665, veuillez cocher la case suivante :

Je demande à souscrire au contrat auprès de QUATREM et gérées sous les références n° 0032665 ATOUT + Individuel.

Si vous souhaitez souscrire au contrat optionnel « décès accidentel » n° 0032666, veuillez cocher la case suivante :

Je demande à souscrire au contrat auprès de QUATREM et gérées sous les références n° 0032666 ATOUT + Individuel.

Je déclare (cochez les cases) :

- avoir reçu un exemplaire des conditions générales valant notice d'information correspondante au(x) contrat(s) précité(s) au(x) quel(s) je souscris et en avoir pris connaissance,
 - avoir reçu un exemplaire de la présente demande de souscription et en avoir pris connaissance,
 - avoir reçu l'annexe relative à la communication des frais de gestion,
 - être informé(e) et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le(s) contrat(s) ATOUT + Individuel et rappelées au paragraphe « Modèle de lettre de renonciation à la souscription » de la présente demande de souscription,
 - être affilié(e) au régime général obligatoire d'assurance maladie et résider en France métropolitaine.
- 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 L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances (cochez la case).

Exemplaire en format papier à compléter et à retourner à votre intermédiaire en assurance

