

Je souscris à la garantie **Complémentaire Frais de Soins *SANTHIA*** (conditions générales réf 30598) :

Bénéficiaire(s) de la garantie :

N°	Nom	Prénom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Organisme d'affiliation	Salarié	TNS	Expl. Agri.
Adhérent						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1er enf.						rattaché à :		
2e enf.						rattaché à :		
3e enf.						rattaché à :		
4e enf.						rattaché à :		

	Santhia Senior dès 50 ans Annexe descriptive réf. 30601	Santhia jusqu'à 70 ans Annexe descriptive réf. 30600	Santhia Jeune jusqu'à 30 ans Annexe descriptive réf. 30638	Santhia Hospitalisation jusqu'à 80 ans pour AH1 jusqu'à 70 ans pour AH2 Annexe descriptive réf. 30599
Formule (s)	TM et 1 jusqu'à 90 ans 1+, 2 et 3 jusqu'à 80 ans	1 à 7	Jeune	1 ou 2
Pack Optique Dentaire	Au choix : niveau 1, 2, 3 ou 4	Au choix : niveau 1, 2, 3 ou 4		option possible
Pack Assistance Hospitalière		Au choix, options : éco, 1 ou 2	option éco possible	option 2 possible
Pack Eco-pharma	exclusion des médicaments remboursés par le régime obligatoire à 15% et 35%			
Pack Confort Hospitalisation	option possible			
Packs Agri-Protection : - Pack Renfort Accident Agricole - Pack Aide Bénévole - Pack Main d'Œuvre de Remplacement		Annexe descriptive réf. 30629 réservé aux exploitants agricoles jusqu'à 64 ans si AAEXA		
Pack Confort Santé Jeune			Au choix : niveau 1 ou 2	
Pack TNS Homme-clé Accident*		jusqu'à 59 ans		

Si souscription du Pack Homme-clé, précisez le TNS et son conjoint l'auto-entrepreneur le TNS un salarié présent depuis au moins un an dans l'entreprise :

Nom : Prénom : Date de naissance : Fonction :

◇ Je demande à bénéficier de l'accord de transmission des données entre mon régime obligatoire et Aviva Assurances pour la complémentaire Frais de Soins Oui Non

◇ Si mon département dispose du Tiers Payant, je souhaite bénéficier de ce service : pharmacie, radiologie, laboratoire, soins externes, optique (contrat Complémentaire Frais de Soins UNIQUEMENT) Oui Non

◇ Je demande que mes prestations soient remboursées sur le compte bancaire ou postal utilisé pour le prélèvement de mes cotisations Oui Non

Pour les Travailleurs Non Salariés désirant bénéficier de la loi Madelin, veuillez joindre une copie du dernier relevé de points de retraite ainsi qu'un chèque à l'ordre de l'association ARAVIC : droit d'entrée 15 euros.

Formule choisie :	Pack(s) choisi(s) :	Souscription Pack Eco-Pharma : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
-------------------------	---------------------------	--

Cotisation mensuelle de la garantie **SANTHIA** : €

Je souscris à la garantie **Accident de la vie privée** **AMIS PROTECTION ACCIDENT** (conditions générales réf 30668) :

Nombre d'enfants fiscalement à charge (proposant ou conjoint/concubin) : _____

Couverture du conjoint : Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____ du conjoint/concubin

Date de naissance : |__|_| |__|_| |__|_|_|_|_|

Extension petits-enfants : Oui Non

Prestations	<input type="checkbox"/> Niveau 1	<input type="checkbox"/> Niveau 2	<input type="checkbox"/> Niveau 3 labellisé GAV	<input type="checkbox"/> Option
	1 seul choix possible pour toute la famille - souscription jusqu'à 75 ans			Pack accident de la vie professionnelle souscription jusqu'à 67 ans
Capital d'incapacité ⁽¹⁾	jusqu'à 30 000 €	jusqu'à 60 000 €	jusqu'à 2 millions d'euros Garantie viagère	
	Valorisation du DFP ⁽¹⁾ dégressive après 65 ans A partir de 66 ans, capital réduit de 10% chaque année. Fin de garantie à 75 ans			
Capital Décès	15 000 € capital réduit à 3000€ après 75 ans Garantie viagère	30 000 € capital réduit à 5000€ après 75 ans Garantie viagère		
Frais d'Obsèques	-	-	inclus	-
Frais Médicaux ⁽²⁾	500 €	1 000 €	1 500 €	1 500 €
Franchise	5% de DFP	5% de DFP	5% de d'AIPP	-
Barème d'indemnisation	Forfaitaire selon le barème contractuel		Droit commun	-

(1) Pour les niveaux 1 et 2, le capital en cas d'incapacité est réglé selon le taux de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP). Pour le niveau 3, le capital en cas d'incapacité est réglé selon le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP). (2) Par événement, dans la limite des frais réels engagés et sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire et la complémentaire santé.

Le tarif tient compte de la composition familiale : **solo / duo / famille**

- 1 personne = **tarif solo**
- 2 personnes (2 adultes ou 1 adulte avec 1 enfant) = **tarif duo**
- 3 personnes (1 adulte avec + d'1 enfant ou 2 adultes avec 1 enfant et +) = **tarif famille**
- Extension petits-enfants = **tarif famille**

Cotisation mensuelle de la garantie **AMIS PROTECTION ACCIDENT** : €

Cotisation globale mensuelle des garanties **SANTHIA + AMIS PROTECTION ACCIDENT** : €