

Dossier suivi par :

Code :

Nouvelle adhésion Remplacement contrat n° Avenant adhésion n° Adhésion internet n°

ADHÉRENT(E)

M^{me} M. Date d'effet souhaitée | | | | | |

Nom : Prénom :

N° appart. : N° : N° entrée / Bât. / Imm. : Avenue / Rue / Lieu-dit :

Code postal : Ville :

Situation de famille : Célibataire Union Libre / Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve)

Téléphone | | | | | | | | | | Mobile | | | | | | | | | | eMail | | | | | | | | | |

Régime social : Sécurité Sociale T.N.S. Agricole Alsace / Moselle

PERSONNES À ASSURER

1 Nom (en majuscule) : Prénom : Date de naissance | | | | | |

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | Organisme d'affiliation | | | | | | | | | |

2 Nom (en majuscule) : Prénom : Date de naissance | | | | | |

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | Organisme d'affiliation | | | | | | | | | |

ENFANT(S)

Nom : Prénom : Né(e) le | | | | | | Ayant-droit de l'assuré 1 2

Si assuré social : N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | Organisme d'affiliation | | | | | | | | | |

Nom : Prénom : Né(e) le | | | | | | Ayant-droit de l'assuré 1 2

Si assuré social : N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | Organisme d'affiliation | | | | | | | | | |

Nom : Prénom : Né(e) le | | | | | | Ayant-droit de l'assuré 1 2

Si assuré social : N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | Organisme d'affiliation | | | | | | | | | |

LOI MADELIN (HORS FORMULE HOSPI) - Réservé aux assurés en activité déclarant des revenus au titre des BNC/BIC ou une rémunération au titre de l'article 62 du CGI

OUI, je souhaite pouvoir bénéficier de la déductibilité fiscale de mes cotisations Santé permise dans le cadre de la Loi Madelin.
Dans l'affirmative, j'adhère au contrat collectif n° A 5706 0001 souscrit par l'AGIS auprès de Swiss Life Prévoyance et Santé moyennant une cotisation unique de 7 euros. Je déclare sur l'honneur être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux obligatoires de la Sécurité sociale et avoir été informé(e) que le maintien de l'affiliation au contrat est subordonné au paiement de ces cotisations auprès de ceux-ci.

Signature :

CHOIX DE LA GARANTIE - La cotisation du renfort, si choisi, s'applique à chaque assuré

Formule choisie :

HOSPI (aucun renfort possible)

F1 F2 F3 F4 F5 F6

Renfort Hospitalisation & Options ECO

(Le renfort Hospitalisation et les options ECO ne sont pas cumulables)

Zone de résidence principale :

ZONE 1 ZONE 2 ZONE 3 ZONE 4 ZONE 5

ou

RENFORT HOSPITALISATION (dès la formule F1)

OPTION(S) ECO 1 (dès la formule F2)

ECO 2 (dès la formule F1)

} cumulables

GARANTIE ADDITIONNELLE

Honoraires + (honoraires hors OPTAM et OPTAM-CO) - Si choisi, s'applique à tous les assurés au contrat
(Souscription possible uniquement si adhésion au contrat santé Vitaneor 2 formules 1 à 6)

