



## VOTRE DEMANDE DE COMPLEMENTAIRE SANTE OU ACS

**Date d'effet au 01/ /** (dès le 1<sup>er</sup> du mois suivant la date de signature et sous réserve de la réception du dossier complet)  
 Devis uniquement       Adhésion nouvelle Complémentaire Santé       Adhésion nouvelle ACS  
 Je suis adhérent à un Contrat santé je m'engage à demander la résiliation de ce dernier la veille de la prise d'effet de mon contrat ACS (article L863-4\_1 du code de la sécurité sociale)

**Assuré Principal :**  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(é) le : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tel (obligatoire): \_\_\_\_\_ Adresse Mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_  
 N° de Régime obligatoire : \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_\_  
 N° de l'Organisme d'affiliation (sur attestation CPAM...): **STRICTEMENT obligatoire**

**Situation de Famille :**  
 Célibataire       Marié(e)       Divorcé(e)       Veuf       Autre  
**Régime social :** Nom de l'organisme : .....  Loi Madelin  
 Assuré Social       Régime des travailleurs non-salariés : \_\_\_\_\_  Alsace Moselle (attestation à joindre)

**Conjoint ou Concubin : Régime social ET Nom de l'organisme :**  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(é) le : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Assuré Social       Régime des travailleurs non-salariés : \_\_\_\_\_  Alsace Moselle (attestation à joindre)  
 N° de Régime obligatoire : \_\_\_\_\_  Loi Madelin \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_\_  
 N° de l'Organisme d'affiliation :(sur attestation CPAM...) obligatoire

**Autres Bénéficiaires**

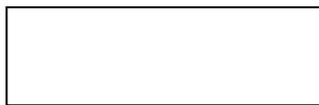
F	H	Nom	Prénom	Né le	N° sécurité Sociale	N° Organisme d'affiliation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**Formule recherchée hors ACS:**  
 JE SOUHAITE RECEVOIR (non de l'assureur, nom du produit , et nom de la formule )  
 Proposition petit budget       Meilleur rapport qualité/prix       Meilleure Couverture  
 Définissez votre budget mensuel : ..... Euros et les Valeurs exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ou forfait en euros (minimum 100%)  
 Hospitalisation je souhaite un prise en charge à .....%       Pharmacie (toujours à 100%)  
 Consultation je souhaite un prise en charge à .....%  
 Dentaire je souhaite un forfait annuel de .....€ en sus du remboursement obligatoire  
 Optique je souhaite un forfait annuel de .....€ en sus du remboursement obligatoire

Formule ACS	<input type="checkbox"/> Formule A	<input type="checkbox"/> Formule B	<input type="checkbox"/> Formule C	Montant de la cotisation avant déduction de l' ACS
				Annuelle :      €      Mensuelle :      €

**Documents à Fournir obligatoirement en cas de demande de souscription :**  
 Une copie de l'attestation Vitale (la carte vitale n'a pas d'intérêt car les références de l'organisme de gestion n'y sont pas ce qui nous bloque la souscription)  
 attestation de droit à l'ACS - (chèque ACS)       RIB(pour les prélèvements et les prestations étant versées sur votre compte)

Je soussigné(e) demande l'adhésion au contrat Complémentaire Santé  
 Je déclare avoir pris connaissance de la notice détaillée du contrat  
 Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Par mail ou  
 Signature précédée de la mention **lu et approuvé** Dossier à retourner à SARL LASSUREUR :



# MANDAT EXCLUSIF DE PLACEMENT ET DE GESTION

(ne concerne que les fournisseurs et/ou Assureurs sous saisine par nos soins)

**DIRECTIVE EUROPEENNE DE DISTRIBUTION D'ASSURANCES 01/01/2018**

**Le distributeur aura la responsabilité de prouver qu'il est dument mandaté et qu'il a fourni le bon conseil au client au travers d'un document formalisé.**

Monsieur,

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Représentant \_\_\_\_\_

Domicilié à \_\_\_\_\_

Vous informe avoir choisi comme mandataire, à l'exclusion de tout autre intermédiaire, le cabinet en référence ; Le présent ordre annule et remplace tout ordre qui aurait pu être donné antérieurement et ce pour saisine ferme de 12 mois sans pouvoir être remplacé sans l'accord préalable des deux parties.

Nom de l'affaire et adresse :

Mandate, à l'exclusion de tout autre Courtier, le cabinet LASSUREUR 5 Passage Marcilly –71100 CHALON SUR SAONE Agissant pour procéder à l'étude et la gestion des polices d'assurance auprès de ses fournisseurs ; pour le placement et la gestion :

- D'un risque situé a :

- Pour un contrat :

Pour le bon ordre, notre assureur conseil, le cabinet LASSUREUR ORIAS 09051556

Sera votre seul interlocuteur direct concernant ces contrats d'assurance.

Le présent mandat annule et remplace tout autre précédemment signé ou pouvant être signé.

Bon pour ordre ferme.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et **TAMPON** DU CLIENT :

Précédé des mots : Lu et approuvé

ATTENTION CE DOCUMENT DOIT ETRE TAMPONNE & SIGNE DU CLIENT UNIQUEMENT EN APPLICATION DE L'ARTICLE A 212-1 du CA & DES SANCTIONS APPLICABLES (L 113-8 et L 113-9 du CA)

