



VOTRE DEMANDE DE COMPLEMENTAIRE SANTE

Date d'effet au 01/ / (dès le 1^{er} du mois suivant la date de signature et sous réserve de la réception du dossier complet)
 Devis uniquement (**joindre votre ATTESTATION DE DROIT**)
 Adhésion nouvelle Complémentaire Santé (**joindre votre RIB IBAN**) Je demande la résiliation loi ALUR de mon précédent contrat la veille de la prise d'effet de mon nouveau contrat (**joindre votre attestation d'assurance en cours**)






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...) **STRICTEMENT 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
 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

Documents à Fournir obligatoirement en cas de demande de souscription :
 Une copie de l'**Attestation de Droit** (la carte vitale ne reporte pas les références de l'organisme de gestion AMELI tiers payant ce qui nous bloque la souscription)
 RIB IBAN (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 ___/___/___
 Signature précédée de la mention lu et approuvé

Par mail managerl@lassureur.com ou
 Dossier à retourner à SARL LASSUREUR :
 5 Passage Marcilly
 71100 CHALON SUR SAONE



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)

