DEMANDE DE TARIFICATION SANTE

□ **Complémentaire Santé** □ **Sur Complémentaire** □ **Confort Hospitalisation**

Adresser votre demande sur la boite contact@arca-assurances.fr

03.26.89.03.24

Cachet du Cabinet :

Personne de votre cabinet à contacter :
.....
Code courtier :
.....

L'assuré principal

□ Mr □ Mme □ Melle Nom, Prénom : .....

Né(e) le : ..... Profession exacte : .....

Adresse complète : .....

Régime Obligatoire : □ SS □ MSA □ AMEXA □ RSI □ ALSACE MOSELLE □ FRONTALIER SUISSE
□ Loi Madelin □ Profession Médicale

Le conjoint

□ Mr □ Mme □ Melle Nom, Prénom : .....

Né(e) le : ..... Profession exacte : .....

Adresse complète : .....

Régime Obligatoire : □ SS □ MSA □ AMEXA □ RSI □ ALSACE MOSELLE □ FRONTALIER SUISSE
□ Loi Madelin □ Profession Médicale

Les enfants à charge de moins de 25 ans

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Affilié (mère ou père)

Garanties souhaitées

Pourcentage d'intervention choisi : ..... □ Renfort dentaire □ Renfort optique

□ Contrat groupe □ 1er assurance □ Déjà assuré : Assureur actuel : .....

Date d'effet souhaitée : .....

Commentaires
