

ETHIAS Rue des Croisiers 24 4000 LIEGE 04/220 31 11	SNPS Av.Gén.Bernheim 18/20 1040 BRUXELLES 02/644 65 00	ASSURNAT s.a. Av. Gén.Bernheim 18/1 1040 BRUXELLES 02/643.20.25 – 02/643.20.29 (fax) info@assurnat.be N° CBFA : 67904
---	--	--

FORMULAIRE D'ADHESION ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTE

Date de début souhaitée:

Le titulaire (= membre du SNPS N°) / SYMPATHISANT

NOM & PRENOM	
LIEU & DATE NAISSANCE	
N° Tél.	
Ancienne Police	

Deux formules :

A. Maintien de la couverture des suppléments afférents au choix d'une chambre particulière.

B. Couverture ne prenant pas en charge les suppléments afférents au choix d'une chambre particulière. Dans cette formule, ne sont en aucun cas garantis les honoraires, suppléments d'honoraires et suppléments de frais de séjour portés en compte en cas de choix d'une chambre particulière pour raisons personnelles. Cette formule est indiquée pour les personnes pour lesquelles le séjour en chambre particulière en cas d'hospitalisation ne constitue pas une priorité.

Montant des primes

AGE	FORMULE A (avec chambre particulière)	FORMULE B
De 0 à 20 ans inclus	€ 50,09	€ 40,07
De 21 à 49 ans inclus	€ 152,76	€ 125,21
De 50 à 64 ans inclus	€ 225,38	€ 192,83
De 65 à 69 ans inclus	€ 575,98	€ 381,90
A partir de 70 ans	€ 676,15	€ 445,76

Ces primes s'entendent par année d'assurance et par assuré. Elles sont calculées en fonction de l'âge des assurés au 1^{er} décembre de chaque année. Vous disposez de la faculté de demander le fractionnement du paiement de votre prime, sans surcoût, par semestre ou trimestre.

FORMULE CHOISIE : **FORMULE A (avec chambre particulière) .**

FORMULE B

**Personnes à assurer (membre, épouse/ concubine + enfant(s)
fiscalement à charge – 25 ans max.) :**

Lien de parenté	NOM & PRENOM	NAISSANCE	DEJA ASSURE (E) (Cie & N° police)
MEMBRE			

→ Je confirme que toutes ces personnes font partie de mon ménage et sont domiciliées à l'adresse suivante :

→ Je m'engage à communiquer immédiatement toute modification d'adresse ou de composition de ménage, à Assurnat s.a.

→ Je prends connaissance que les conditions de cette assurance sont réservées aux membres du S.N.P.S. en ordre de cotisations, et que tout manquement entraînera systématiquement la résiliation du contrat.

→ Résiliation, minimum 3 mois avant la date d'échéance (01 décembre) par lettre recommandée à adresser à Assurnat.

Fait à le

Signature :

===== > **Document à renvoyer à Assurnat.**