



**SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE SANTE**  
**Devoir de conseil - Détection de besoin**  
**A retourner complété et signé,**  
**accompagné du bulletin d'adhésion salarié faute de quoi**  
**l'adhésion ne pourra pas être enregistrée**

Informations et conseils préalables à la conclusion du contrat d'assurance fournis en application du code des assurances (articles L.520-1-II et R.520-2).

**Informations générales** : Le Libre Choix est une Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le N° 783 747 793, dont le siège social est situé Boulevard de l'Europe à Maubeuge (59600).

**Autorité de contrôle** : Notre activité est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). L'ACPR est une autorité indépendante qui veille à ce que les assurés disposent d'une bonne information et que les pratiques commerciales des organismes d'assurance soient régulières. Elle peut être saisie à votre initiative par courrier ou internet, si vous considérez que nos pratiques présentent des anomalies ou des dysfonctionnements significatifs.

**Par courrier** : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

**Par internet** : [acpr.banque-france.fr](http://acpr.banque-france.fr)

Date d'adhésion souhaitée : 01 / / 20

### IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTIONNEUR

Civilité :      Nom :    Prénom :

Né(e) le :      /      /                                      Régime obligatoire de Sécurité sociale :

### ADRESSE :

Appartement, escalier, étage :

Bâtiment, résidence :

N° et nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal :                                      Ville :

### COORDONNEES

Téléphone :      /      /      /      /                                      Mobile :      /      /      /      /

Mail :

### EMPLOYEUR :

**SITUATION DE FAMILLE** :  Célibataire    Marié(e)    Union Libre/Pacs    Divorcé(e)/Séparée    Veuf(ve)

*Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par Choralis – Mutuelle Le Libre Choix pour la gestion de votre dossier adhérent. Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation de votre contrat et sont destinées au service gestion de la Mutuelle.*

*Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant notre Délégué à la Protection des Données : soit en écrivant au siège de la Mutuelle, soit par courrier électronique : [dpo@lelibrechoix.fr](mailto:dpo@lelibrechoix.fr)*  
*Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>*

## BESOINS DU SOUSCRIPTEUR ET DE SA FAMILLE :

Nous attirons votre attention sur l'importance de la sincérité des réponses que vous apporterez aux questions posées par la mutuelle. Toute fausse déclaration peut vous exposer à une annulation de votre contrat et à l'absence de couverture en cas de sinistre.

**Si** la garantie de BASE Obligatoire Conventiennelle souscrite par votre employeur ne vous semble pas répondre entièrement à vos besoins, veuillez cocher les renforts souhaités sur les 5 postes clés ci-dessous (renfort 1 = besoin le plus faible, ..., renfort 3 = besoin le plus fort)

	BASE Obligatoire	RENFORT DE GARANTIE OPTIONNELLE		
		Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
Soins courants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaire (soins, prothèses, orthodontie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PROPOSITION DE LA MUTUELLE

Si vous avez coché :

Au moins un **Renfort 1**, nous vous conseillons de souscrire à la garantie optionnelle : **CCN Cabinets Dentaires FORMULE 1**

Au moins un **Renfort 2**, nous vous conseillons de souscrire à la garantie optionnelle : **CCN Cabinets Dentaires FORMULE 2**

Au moins un **Renfort 3**, nous vous conseillons de souscrire à la garantie optionnelle : **CCN Cabinets Dentaires FORMULE 3**

Vous n'avez coché **aucun renfort**, la garantie de **BASE Obligatoire Conventiennelle** choisie par votre employeur vous correspond, vous n'avez pas besoin de souscrire une garantie optionnelle.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Je soussigné(e), ..... confirme avoir bénéficié et exprimé toutes les informations nécessaires avant la souscription de mon adhésion, ce qui m'a permis de choisir les garanties adaptées à mes besoins.

Fait en 2 exemplaires à ..... le .....

Signature souscripteur

## CHOIX DU SOUSCRIPTEUR

Je soussigné(e), ....., accepte la solution proposée par la mutuelle, choisis de souscrire à la garantie .....\* et déclare avoir reçu une information sur l'étendue et la définition de la garantie.

Je soussigné(e), ....., reconnaît avoir reçu et pris connaissance des préconisations de la mutuelle. Je déclare également avoir reçu une information sur l'étendue et la définition de la garantie, **mais décide de retenir mon propre choix, à savoir la garantie .....\* et d'en assumer toutes les conséquences.**

Fait à ..... le .....

Signature souscripteur

\* reporter le nom de la garantie choisie

Cadre réservé à la Mutuelle	Cohérence :	OUI	NON	INITIALES - VISA	
-----------------------------	-------------	-----	-----	------------------	--