

PROJET D'ASSURANCE SANTE COLLECTIVE

Votre Camping

NOM DU CAMPING : _____

Numéro de SIRET : _____

Adresse : _____

Code Postal et Ville : _____

Nom du / des gérant(s) : _____

Numéro de téléphone : _____ E-Mail : _____ @ _____

Statut du / des gérants(s) :

Gérant salarié Travailleur Non Salarié

Qualité juridique des locaux à assurer :

Propriétaire Locataire

Les Salariés du Camping

Nom et Prénom	Date de naissance	Statut
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre
		<input type="checkbox"/> Salarié Non Cadre <input type="checkbox"/> Salarié Cadre

Les Garanties que vous souhaitez

Vous souhaitez appliquer la garantie minimum imposée par la convention collective ? Oui Non

Si non, merci de nous préciser le niveau souhaitez pour les besoins suivant :

Soins courants (exemple d'une consultation chez le médecin généraliste) : Niveau 1 (100%*) Niveau 2 (170%*)

Niveau 3 (220%*) Niveau 4 (270%*) Niveau 5 (420%*) Niveau 6 (520%*) Niveau 7 (620%*)

Hospitalisation (exemple pour les Honoraires Médicaux, chirurgicaux...) : Niveau 1 (90%*) Niveau 2 (170%*)

Niveau 3 (220%*) Niveau 4 (270%*) Niveau 5 (370%*) Niveau 6 (470%*) Niveau 7 (470%*)

Soins Dentaire (exemple pour une Prothèse Dentaire) : Niveau 1 (145%*) Niveau 2 (200%*) Niveau 3 (275%*)

Niveau 4 (350%*) Niveau 5 (425%*) Niveau 6 (475%*) Niveau 7 (525%*)

Optique (exemple pour une Monture + 2 verres complexes) : Niveau 1 (200€) Niveau 2 (290€) Niveau 3 (380€)

Niveau 4 (470€) Niveau 5 (560€) Niveau 6 (650€) Niveau 7 (750€)

* Sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale