

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALISATION

Conditions d'attribution

L'Indemnité Journalière Hospitalisation complétant l'Assurance Santé MPL, vous garantit le versement d'une indemnité de QUATRE MILLE FRANCS (4 000 XPF) par journée d'hospitalisation quels que soient la maladie ou l'accident dont elle résulte.

DÉLAI DE CARENCE – SIX MOIS (6 MOIS) à compter de la date inscrite sur la demande d'adhésion.

DURÉE DU CONTRAT – Le contrat est conclu pour une durée d'UN AN (1 AN) et renouvelable par tacite reconduction.

DROIT DE RENONCIATION – Chaque adhérent à titre individuel a la faculté de renoncer à son contrat, par lettre recommandée avec accusé de réception (LR/AR), adressée à la MPL, dans les QUINZE JOURS (15 jours) suivant le paiement de la première cotisation. Cette renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des cotisations versées dans les quinze jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la caisse.

Formalité à remplir

Adresser à la MPL, dans un délai maximal de QUINZE JOURS (15 JOURS) suivant la date de fin d'hospitalisation :

- Le bulletin ou la facture d'hospitalisation justifiant le séjour en milieu hospitalier et où sont mentionnées les dates d'entrée et de sortie.

Adhésion

CAFAT N°

Je soussigné(e),

vous prie de bien vouloir prendre en compte à compter du

la demande d'adhésion à l'Indemnité Journalière Hospitalisation.

Moi-même ou les membres de ma famille à garantir

Je souscris / ne souscris pas (rayer la mention inutile) à cette option, ainsi que les membres de ma famille ci-dessous :

Nom & Pénom	Date de naissance	Cotisation
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> Mois 2 000 XPF/Personne <input type="radio"/> Trimestre 6 000 XPF/Personne <input type="radio"/> An 24 000 XPF/Personne
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'attribution de l'Indemnité Journalière Hospitalisation ainsi que des formalités à remplir sus-mentionnées et en accepter les termes.

Fait à, le / / .

Signature du **Demandeur**
précédée de la mention « Lu & approuvé »

Pour la **M.P.L.**
Signature de l'Intervenant