

## COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE DEMANDE D'ADHÉSION

ADHÉSION

MODIFICATION

SOUSCRIPTEUR				
Nom	Prénom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime obligatoire (CPAM, ENIM...)

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

CONJOINT				
Nom	Prénom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime obligatoire (CPAM, ENIM...)

ENFANTS À CHARGE				
Nom	Prénom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime obligatoire (CPAM, ENIM...)

Formule de garantie choisie : ..... Date d'effet souhaitée : .....

Cotisation mensuelle TTC .....€ règlement par prélèvement automatique mensuel.

**Nous vous remercions de joindre à ce document :**

- ✓ Une copie de l'attestation d'Assurance Maladie des personnes à couvrir ;
- ✓ Un certificat de scolarité ou justificatif d'étude pour les enfants majeurs ;
- ✓ Un RIB pour le versement des prestations ;
- ✓ Le formulaire SEPA pour autorisation de prélèvement de cotisations.

- J'autorise les échanges de données informatiques avec l'organisme obligatoire (CPAM, ENIM,, ...).
- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales et particulières du contrat.

Fait à ..... Le.....

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »	Intermédiaire :
--	-----------------

