

BULLETTIN D'ADHESION
AU CONTRAT FRAIS DE SANTE N° 800806

Date d'effet demandée :

SOUSCRIPTEUR

Mme Mle Mr :	n° de Sécurité Sociale :
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Situation de famille :

	<u>Souscripteur</u>	<u>Conjoint</u>	<u>1er enfant</u>	<u>2ème enfant</u>	<u>3ème enfant</u>	<u>4ème enfant</u>
Nom	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Date de Naissance	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Sexe (H ou F)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Votre choix ↓ (cochez l'option choisie)	option	option	option	option	option	option
	ECO ☐ ECO + ☐ TOP ☐ TOP + ☐	ECO ☐ ECO + ☐ TOP ☐ TOP + ☐	ECO ☐ ECO + ☐ TOP ☐ TOP + ☐	ECO ☐ ECO + ☐ TOP ☐ TOP + ☐	ECO ☐ ECO + ☐ TOP ☐ TOP + ☐	ECO ☐ ECO + ☐ TOP ☐ TOP + ☐
Cotisations mensuelles	€	€	€	€	€	€
Tiers payant Pharmacie Santé Pharma	oui ☐ non ☐	droits d'entrée Santé Pharma : 20 Euros, par chèque à l'ordre de GEREPh En adhérant à Santé Pharma, je m'engage : . à adhérer au contrat pour une période d'un an minimum, à compter de la date d'adhésion ci-dessus indiquée. . à restituer la pochette Santé Pharma, en cas de résiliation de mon contrat.				

.....
signature

Je joins à ma demande (préalablement complétée et signée) :

- mon autorisation de prélèvement dûment complétée et signée,
- un R.I.B. ou un R.I.P. (relevé d'identité bancaire ou postal)
- la copie de l'attestation d'assurance maladie de chacun des membres adhérents de ma famille.
- une copie de ma pièce d'identité en cours de validité (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur ce bulletin d'adhésion, je joins un justificatif de domicile de moins de trois mois)
- un chèque de 20 Euros correspondant à l'adhésion Santé-Pharma.

ECHEANCE PRINCIPALE
Le 1er janvier
(tout mois entamé est dû)

Je choisis de régler ma cotisation * :

par prélèvement mensuel par prélèvement trimestriel par chèque trimestriel
(* rayer les mentions inutiles)

A réception du dossier complet, un appel de cotisation unique jusqu'au 31 décembre vous parviendra, précisant les montants prélevés mensuellement ou trimestriellement.

Je soussigné déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et demande à adhérer à l'association UGIPS et au contrat groupe n° 800806 qu'elle a souscrit auprès d'AXA France Vie, Je déclare avoir pris connaissance des informations figurant au verso de ce document.

A _____ Le _____
Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé".

Si j'adhère au présent contrat en tant que travailleur non salarié et que je souhaite bénéficier du régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la Loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite Loi Madelin, je déclare être à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, en produisant avec mon formulaire d'adhésion une copie de ma carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Vieillesse. En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation l'adhésion est entachée de nullité et des peines sanctionnant cette infraction sont encourues tant par l'assureur que par l'adhérent (Article L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité sociale).

Je reconnais être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat à ses intermédiaires d'assurance, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat,

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant auprès de :

l'UGIPS : 5, place du Colonel Fabien - 75010 Paris

GEREP : 4 Rue de Vienne - CS 40001 - 75378 - PARIS Cedex 08 - n° Orias : 07 000 294

AXA : service clients 313 terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre cedex