

Vos garanties

■ LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE

LES GARANTIES MENSUELLES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL
OU D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Deux garanties de base	Convention 1	Convention 2	Convention 3	Vous souhaitez des garanties personnalisées ou vous exercez en SEL : convention libre (montants retenus)
Indemnité mensuelle frais professionnels	1 800 €	3 200 €	5 000 €	€
Indemnité mensuelle de revenu**, invalidité plus, (allocation conjoint/enfant malade intégrée)	2 890 €	5 090 €	8 090 €	8898 €
Cochez la convention retenue				X

* Les médecins exerçant en SEL doivent obligatoirement souscrire à la convention libre. Dans ce cadre, seules les garanties " indemnité mensuelle de revenu ", "invalidité plus" et " allocation conjoint/enfant malade " sont acquises.

** Cette indemnité est diminuée des prestations CARMF à compter du 91^{ème} jour d'incapacité.

TERME DES GARANTIES INDEMNITÉS MENSUELLES

indemnités mensuelles versées jusqu'au :

60^{ème} anniversaire

65^{ème} anniversaire (ou 70^{ème} anniversaire pour le risque d'accident ou d'agression uniquement et si l'activité professionnelle est poursuivie)

Important : Dispositions communes aux garanties indemnités mensuelles et invalidité plus

Le montant annuel total des indemnités ne peut excéder le chiffre d'affaires ou le revenu réel, déduction faite du montant cumulé des garanties forfaitaires de même nature prévues en cas d'arrêt de travail par tout régime de prévoyance et/ou autre contrat d'assurance.

→ DEUX GARANTIES OPTIONNELLES

Garanties optionnelles	
Capital d'invalidité professionnelle : indiquez le montant de garantie souhaité	Montant libre entre 15 000 € et 65 000 € <input type="text" value=""/>
Garantie Invalidité Plus : souhaitez-vous souscrire cette garantie ?	Indiquez OUI ou NON OUI

Les services d'aide à la personne

Les services « Medi Prévoyance Assistance » sont inclus au sein de votre contrat, sauf demande contraire expresse à joindre à la présente demande d'adhésion.

Vos garanties

■ LA SPHÈRE PRIVÉE

LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

Important : La souscription à l'une des garanties ci après, optionnelles et cumulables, est obligatoire.

→ CAPITAL DÉCÈS/IFTD

• MONTANT (libre entre 15 000 € et 640 000 €) :

€

BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS :

Clause type : En cas de décès de l'assuré, le capital reviendra au conjoint ou co-signataire de PACS de l'assuré, à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut, aux héritiers de l'assuré.

 Clause particulière :

En cas de décès de l'assuré :

 à défaut

Important : Si le ou les bénéficiaires désignés en cas de décès sont le conjoint/pacsé et/ou les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint/pacsé, le capital décès est majoré de 10% par bénéficiaire (dans la limite de 50 %).

→ RENTE DE CONJOINT : Temporaire terme 60 ans Option Viagère

Important : La garantie rente de conjoint peut être souscrite jusqu'à la veille du 55^{ème} anniversaire de ce dernier pour la rente temporaire et jusqu'à la veille du 60^{ème} anniversaire de ce dernier pour l'option viagère.

• MONTANT MENSUEL (libre entre 200 € et 4 000 €) :

€

BÉNÉFICIAIRE DE LA RENTE DE CONJOINT :

Nom du conjoint/co-signataire de PACS :
 Prénom(s) :
 Date de naissance : [][][][][][] Lieu de naissance :

→ RENTE ÉDUCATION

• MONTANT MENSUEL POUR L'ENSEMBLE DES ENFANTS (libre entre 200 € et 4 000 €) :

€

BÉNÉFICIAIRES DE LA RENTE ÉDUCATION :

Clause type : « mes enfants et ceux de mon conjoint ou co-signataire de PACS nés ou à naître, jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire sous réserve qu'ils poursuivent leurs études, sans activité rémunérée permanente ».

Clause particulière : Si vous souhaitez désigner nominativement les enfants, merci d'indiquer ci-dessous leurs nom, prénom ainsi que leur date de naissance.

Nom et Prénom	Né(e) le	Nom et Prénom	Né(e) le
• Enfant	[][][][][][]	• Enfant	[][][][][][]
• Enfant	[][][][][][]	• Enfant	[][][][][][]

Important : Les clauses particulières doivent faire l'objet d'une actualisation systématique lors des différents événements de votre vie.

NOM : KOSSARI ROOHVAND PRÉNOM : Niloufar

N° SOCIÉTAIRE : 5555410

Mode de règlement

Votre contrat se renouvelle chaque année le 1^{er} janvier

Le règlement des cotisations s'effectue uniquement par prélèvement automatique sans frais :

mensuel trimestriel semestriel annuel

Important : Si vous souscrivez votre contrat dans le cadre du dispositif "Madelin", pensez à joindre un RIB professionnel.
N'omettez pas de joindre à votre bulletin l'autorisation de prélèvement automatique ainsi qu'un RIB, RIP ou RICE.

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : QUELQUES INFORMATIONS.

L'autorisation de prélèvement dûment remplie, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal ou de CE doit être obligatoirement joint au présent bulletin.

Chaque prélèvement doit, au minimum, être égal à 40 €.

Si le montant de la somme prélevée est inférieur à 40 €, la périodicité sera déterminée d'office par trimestre, semestre ou année.

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE, POSTAL OU DE CAISSE D'ÉPARGNE.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR

KOSSARI Niloufar
66, Rue de l'égalité
92130 ISSY les MOULINEAUX

N° Sociétaire : 5555410

Contrat : _____

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

NOM ET ADRESSE DU DÉPOSITAIRE teneur du compte à créditer

MACSF prévoyance
cours du Triangle,
10 rue de Valmy,
92800 PUTEAUX

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

117 773

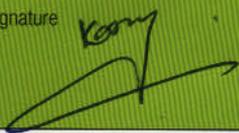
NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

CC L Paris Porte D'Orléans
142 Av. du G^{al} Leclerc
75014 PARIS (00479)

Code postal

Bureau distributeur

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Date 01.04.2010 Signature 

Codes

Etablissement

Guichet

N° de compte

Clé

RIB

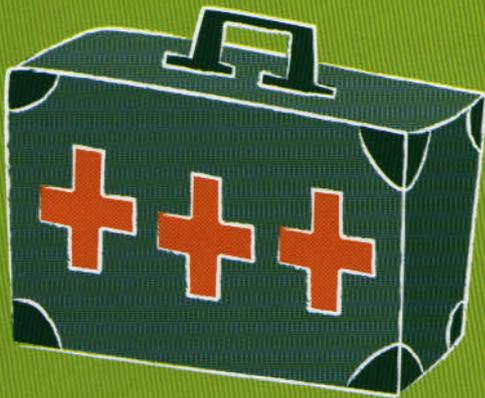
30002

00479

00004310676

49

Offre complémentaire santé



**Pour le remboursement
de vos propres soins
et de ceux
de vos proches,
la MACSF a tout prévu...
Plutôt 3 fois qu'une !**

Pour toute souscription vous avez
la possibilité de :

- nous contacter par téléphone au



- vous rendre dans votre délégation
MACSF la plus proche.

- souscrire en ligne sur notre site
www.macsf.fr

* Prix appel local depuis un poste fixe FT.
Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction
de l'opérateur utilisé.

(1) Régime obligatoire. Les pourcentages exprimés
(hors pharmacie) se calculent par référence au tarif
de base de remboursement du R.O. et en intègrent
le remboursement. Pour la pharmacie,
ils s'appliquent sur le remboursement du R.O.

(2) Plafonds annuels de remboursement prothèses,
implants (hors Générique) et orthodontie.

	GÉNÉRIQUE RESPONSABLE	SANTÉ RESPONSABLE	SANTÉ PLUS RESPONSABLE
Frais Hospitaliers			
• Honoraires, frais chirurgicaux	100 %	150 %	200 %
• Frais de séjour	100 %	150 %	150 %
• Supplément chambre particulière	30 €	50 €	50 €
• Hospitalisation (à domicile)	100 %	100 %	150 %
Honoraires Médicaux			
• Généralistes, Spécialistes, Analyses, etc.	100 %	150 %	200 %
Pharmacie			
• Médicaments remboursés par le R.O. ⁽¹⁾	100 % du R.O.	100 % du R.O.	100 % du R.O.
Optique			
petite correction*	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 200 €
moy. correction*	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 300 €
forte correction*	100 % + 150 €	100 % + 200 €	100 % + 400 €
(montures + 2 verres ou lentilles)			
* Selon grille jointe au tableau des garanties			
• Lentilles non remboursées par le R.O. ⁽¹⁾	-	150 €	200 €
• Chirurgie réfractive /œil (traitement de la myopie)	-	250 €	400 €
Dentaire⁽²⁾			
• Soins	100 %	150 %	150 %
• Prothèses remboursées par le R.O. ⁽¹⁾	100 %	250 %	300 %
• Implants	-	400 €/an	700 €/an
• Orthodontie remboursée par le R.O. ⁽¹⁾	100 %	250 %	300 %
Prévention - Services			
Spécial femmes			
• Maternité (naissance ou adoption)	100 €/enfant	160 €/enfant	250 €/enfant
• Dépistage seins - col de l'utérus	100 %	150 %	150 %
• Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs	Non	30 €/an	60 €/an
Spécial enfants			
• Orthophonie, orthoptie	100 %	150 %	200 %
Spécial hommes			
• Diagnostic prostate	100 %	150 %	150 %
Autres			
Dépistage tumeurs cutanées - colons	100 %	150 %	150 %
Diagnostic hypertension holter	100 %	100 %	100 %
Vaccins et traitements anti-paludéens	20 €/an	30 €/an	60 €/an
Sevrage tabagique	-	20 €/an	40 €/an
Orthopédie, appareillage, prothèse auditive	100 %	150 %	200 %
OPTION : Confort Hospitalisation	15 €/jour	30 €/jour	60 €/jour

Je joins à ma demande l'attestation fournie par la Caisse d'Assurance Vieillesse et Caisse de Prévoyance obligatoires stipulant que je suis à jour du paiement des cotisations ou j'atteste sur l'honneur avoir fait une demande d'affiliation (pour 1^{ères} installations uniquement).

Je reconnais avoir reçu une notice d'information, le tarif en vigueur et une note sur la faculté de renonciation. Conformément à la LOI du 06.01.1978 «INFORMATIQUE ET LIBERTÉS», je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés (Art. 27 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi N°2004-801 du 06/08/2004).

Afin de pouvoir bénéficier du contrat groupe Plan de Prévoyance, je demande expressément à adhérer à l'Association souscriptrice ASSUMED - 79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS, si je ne suis pas déjà adhérent à cette association.

NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST INDISPENSABLE DE COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL JOINT POUR TOUTE DEMANDE D'ADHÉSION OU D'AUGMENTATION DES GARANTIES.

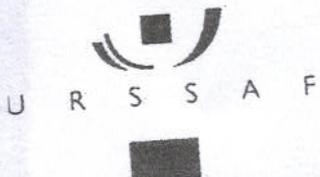
Fait à : Paris.....

Le : 11.04.2010.....

Signature de l'assuré




CC C Paris Paté d'Autriche
2 Av. de la G. Carleto
Paris 75047



ATTESTATION PART DÉDUCTIBLE CSG

A MONTREUIL, le 3 Mars 2010

URSSAF PARIS REGION PARISIENNE
93518 MONTREUIL CEDEX

2112C 967



-www.urssaf.fr

POUR NOUS CONTACTER

Tél.: 08.20.01.10.10

MLE KOSSARI NILOUFAR
66 RUE DE L'EGALITE
92130 ISSY LES MOULINEAUX

RÉFÉRENCES	
INI	271079920403128
° SIRET	48997492300026
° Compte	967 542940153001003 7

Page 1 / 1

Mademoiselle,

Afin de vous aider à compléter votre déclaration fiscale, je vous prie de trouver ci-après les informations concernant la part déductible de la CSG appelée en 2009 :

CSG	Déductible	Non déductible
Provisionnelles 2009*	3896 €	1833 €
Régularisation de cotisations au titre des revenus d'activité 2008	2882 €	1356 €
TOTAL	6778 €	3189 €

* Inclues le cas échéant les cotisations provisionnelles 2008 dont l'appel a eu lieu en 2009.

Ces sommes ne tiennent pas compte de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec nos conseillers URSSAF.

Cordialement.

Le Directeur



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du compte

MLLE NILOUFAR KOSSARI
CENTRE DE L ANDRA
24 RUE DE LONDRES
75009 PARIS

Identification nationale de compte bancaire - rIB

code bancaire	indicatif	numéro de compte	clé RIB
30002	00479	0000431067G	40
domiciliation			
CL PARIS PORTE D'ORLEANS 00479			

Identification internationale de compte bancaire - IBAN

FR08	3000	2004	7900	0043	1067	G40
identifiant international banque - bic (adresse swift)						
CRLYFRPP						

Salvatore met
payer 31907

106.783

PLAN DE PREVOYANCE DES MEDECINS Projet d'adhésion au contrat groupe souscrit par ASSUMED auprès de MACSF prévoyance et MACSF assurances

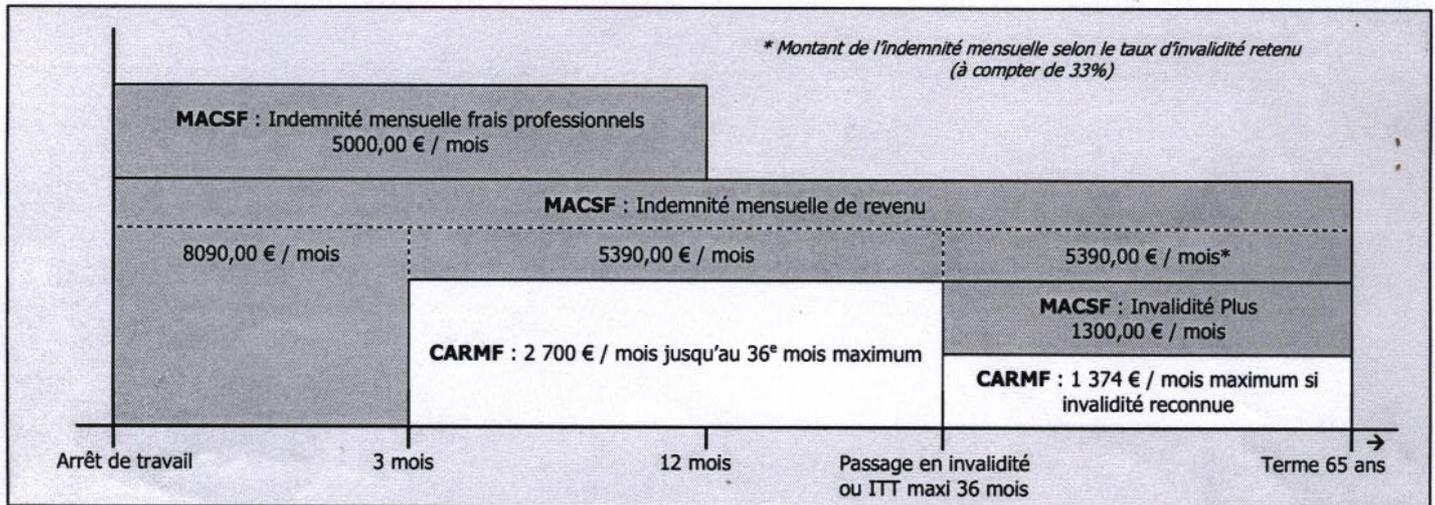
Projet établi le 09/03/2010 par MAUD BALDASSI - Valable jusqu'au 31 décembre 2010
Ce tarif change à la date de votre anniversaire

Mademoiselle KOSSARI NILOUFAR

N°sociétaire : 5555410

Un plan de prévoyance parfaitement complémentaire à votre régime obligatoire et adapté à vos besoins

Les indemnités mensuelles de revenu et frais professionnels sont versées selon les dispositions prévues aux conditions générales.



Les indemnités mensuelles en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont versées après application de la franchise :

- dès le 1^{er} jour, en cas d'accident ou d'agression,
- dès le 3^{ème} jour, en cas de maladie avec hospitalisation supérieure ou égale à 2 nuitées,
- dès le 15^{ème} jour en cas de maladie sans hospitalisation (ou avec hospitalisation inférieure à 2 nuitées).

Le Plan de prévoyance MACSF spécifique aux médecins : une couverture complète pour vous et votre famille

- Un taux d'invalidité déterminé en fonction d'un barème professionnel, conçu spécialement pour les médecins,
- Des délais de franchise réduits au minimum,
- La prise en charge de la grossesse pathologique,
- Une prime de naissance,
- Le maintien des indemnités mensuelles à hauteur de 50% dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- La prise en charge de vos cotisations par MACSF prévoyance en cas d'invalidité, même partielle,
- Une rente éducation pour vos enfants nés ou à naître et ceux de votre conjoint jusqu'à 28 ans s'ils poursuivent leurs études,
- Une aide 24h/24 grâce à la convention de « Services d'Aide à la Personne » :
 - Une aide à domicile après une hospitalisation,
 - La garde de votre enfant s'il est malade pour poursuivre votre activité professionnelle,
 - La venue d'un proche lorsque vous êtes hospitalisés, etc.

CE DOCUMENT N'A PAS DE VALEUR CONTRACTUELLE — VOUS REPORTER A LA NOTICE D'INFORMATION DU PLAN DE PREVOYANCE QUE VOUS RECONNAISSEZ AVOIR REÇUE CE JOUR AVEC LE PRESENT PROJET

Page 2/2

DEVPMED
MACSF prévoyance - SIREN N°784 702 375 - TVA intra-communautaire FR72784702375 - MACSF assurances SIREN 775 665 631 TVA intra-communautaire FR79775665631
Sociétés d'Assurances Mutuelle Entreprises régies par le Code des Assurances - Siège social: cours du Triangle 10 rue de Valmy 92800 PUTEAUX

PLAN DE PREVOYANCE DES MEDECINS
Projet d'adhésion au contrat groupe souscrit par ASSUMED
auprès de MACSF prévoyance et MACSF assurances

Projet établi le 09/03/2010 par MAUD BALDASSI - Valable jusqu'au 31 décembre 2010

Ce tarif change à la date de votre anniversaire

Mademoiselle KOSSARI NILOUFAR

Vous êtes née le 22/07/1971

N°sociétaire : 5555410

Date d'effet souhaitée : 01/04/2010

Vous avez choisi la convention n° 03

	GARANTIES ACCIDENT / MALADIE	MONTANTS CHOISIS	DEDUCTIBILITE MADELIN	COTISATIONS ANNUELLES TTC
SPHERE PROFESSIONNELLE	Indemnité Mensuelle de revenu ⁽¹⁾ Terme 65 ans Jusqu'au 3 ^{ème} mois Au-delà du 3 ^{ème} mois	8090,00 € 5390,00 €	OUI	2074,40 €
	Indemnité Mensuelle pour frais professionnels Terme 65 ans	5000,00 €	OUI	660,00 €
	Capital d'Invalidité Professionnelle	GARANTIE NON SOUHAITEE	---	---
	Garantie Invalidité Plus	1300,00 €	OUI	257,79 €
SPHERE PRIVEE	Capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive de l'Assuré Doublé en cas d'accident Triplé en cas d'accident de la circulation (Avec un plafond de 1 280 000 €)	15000,00 € 30000,00 € 45000,00 €	NON	46,50 €
	Rente Education Mensuelle	GARANTIE NON SOUHAITEE	---	---
	Rente de Conjoint Mensuelle jusqu'à 60 ans	GARANTIE NON SOUHAITEE	---	---
	Services d'Aide à la Personne (S.A.P.)	OUI	NON	8,00 €
	Adhésion Association ASSUMED	OBLIGATOIRE	NON	5,00 €

(1) **Indemnité mensuelle de revenu** : ce montant varie en fonction des durées d'arrêt de travail et des prestations versées par la caisse de retraite, voir le détail en page suivante. L'allocation conjoint enfant malade est incluse dans cette garantie. Son montant n'est cependant pas déductible au titre de la loi Madelin.

VOTRE COTISATION MENSUELLE TTC	254,30 €
SOIT UNE COTISATION ANNUELLE TTC DE	3051,69 €
Elle sera prorataée entre la date d'effet du contrat et le 31 décembre	
<i>Cotisations déductibles du revenu imposable (dans la limite du plafond annuel)</i>	2973,65 €

Ce projet est établi en fonction de votre âge et du tarif au jour de sa réalisation. La cotisation indiquée et la prise d'effet des garanties proposées sont subordonnées à acceptation médicale. Ce document n'a pas de valeur contractuelle.

Page 1/2