

Demande d'adhésion **SOLUTION SANTÉ SENIOR**

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULE
ET DE RESPECTER LA LIMITE DES CASES

Nouvelle adhésion ☒ Avenant* ☐
*Merci de préciser sur papier la nature de la modification



23 DEC. 2013



N° adhérent

Code apporteur ADP **577**

Cadre réservé à ADP

ADHÉRENT En cas d'adhésion en couple, si un des adhérents est TNS, il est obligatoire de remplir ce formulaire.

☐ Monsieur ☒ Madame ☐ Mademoiselle
 Nom de l'adhérent **AMMAR**
 Adresse n° de voie **51** Adresse **Rue du 8 Mai 1945**
 Code postal **69100** Ville **Villeurbanne**
 Téléphone **04 65 72 88 03** Nombre d'enfant à charge **0**
 Si TNS, je souhaite bénéficier de la Loi Madelin Dans ce cas, vous déclarez par ailleurs, être à jour de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base et vous engagez à l'être pendant toute la durée de votre adhésion. ☐ Oui ☒ Non

GARANTIES SOUHAITÉES
 Formules ☒ 3S 1 ☐ 3S 2 ☐ 3S 3 ☐ 3S 4
 Renforts ☐ R1 ☐ R2
 Date d'effet le **01 / 12 / 2013**
 Prélèvement ☒ Mensuel ☐ Annuel

ADHÉRENT
 Nom **AMMAR** Prénom **MAYA**
 Né(e) le **24 / 02 / 1923** Masculin ☐ Féminin ☒
 Régime S.S. TNS, MSA, AM **SS** Profession **RETRAITEE**
 N° Sécurité Sociale **223020933471077**
 N° Organisme d'affiliation **016914100** Cotisation Mensuelle **94.00** €

CONJOINT
 Nom Prénom
 Né(e) le / / Masculin ☐ Féminin ☐
 Régime S.S. TNS, MSA, AM Profession
 N° Sécurité Sociale
 N° Organisme d'affiliation Cotisation Mensuelle €

1^{ER} ENFANT
 Nom Prénom
 Né(e) le / / Masculin ☐ Féminin ☐
 N° S.S. de rattachement ☐ Père ☐ Mère ☐ Cotisation Mensuelle €

2^{EME} ENFANT
 Nom Prénom
 Né(e) le / / Masculin ☐ Féminin ☐
 N° S.S. de rattachement ☐ Père ☐ Mère ☐ Cotisation Mensuelle €

3^{EME} ENFANT
 Nom Prénom
 Né(e) le / / Masculin ☐ Féminin ☐
 N° S.S. de rattachement ☐ Père ☐ Mère ☐ Cotisation Mensuelle **GRATUIT**

4^{EME} ENFANT
 Nom Prénom
 Né(e) le / / Masculin ☐ Féminin ☐
 N° S.S. de rattachement ☐ Père ☐ Mère ☐ Cotisation Mensuelle **GRATUIT**

COTISATIONS
 Important je joins à mon envoi
 - Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée.
 - Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée.
 - Mon relevé d'identité bancaire ou postal.
 - Photocopie de l'Attestation d'assuré sociale du R.O. (Si plusieurs, photocopie de chaque attestation).
 Je déclare avoir pris connaissance des informations figurant au verso de la demande d'adhésion. Signature de l'adhérent : « lu et approuvé »
 Fait à **Villeurbanne le 13/12/13**
 Signature **Edouard**
 Signature et cachet du correspondant Obligatoire
 Sous total cotisation mensuelle Frais de santé **94.00** €
 Sous total cotisation mensuelle Renfort **0** €
 Montant total cotisation mensuelle **94.00** €
 Droit associatif et frais de dossier prélevé une seule fois par an et lors du premier prélèvement de cotisation **20,00** €
 Total de la 1^{ère} cotisation mensuelle TTC y compris droit associatif annuel **94.00** €

