



**DEMANDE D'ADHESION
AU CONTRAT FRAIS MEDICAUX**
réservée aux personnels de moins de 55 ans,
membres de la Fonction Publique de Monaco

Compagnie : AVIVA

N° de contrat : 67 284 882

Pour demander votre adhésion, il suffit de retourner :
- ce bulletin d'adhésion + l'autorisation de prélèvement dûment complétés et signés
- un relevé d'identité bancaire
à P. PAYA ASSURANCES - 18 rue Alphonse Karr - 06000 Nice.

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Tél. :

Fonction occupée :

Date d'embauche :

IDENTIFICATION DES BENEFICIAIRES

	Nom - prénom	Sexe	Date de naissance	R.O. (*)	N° Matricule en R.O.
Adhérent(e)					
Conjoint(e)					
1^{er} enfant					
2^e enfant					
3^e enfant					
4^e enfant					

(*) R.O. - DEFINITION DU REGIME OBLIGATOIRE : à compléter selon tableau ci-après :

ACTIFS				RETRAITES		SBM	CAMTI	TNS
100 % PME	80 % PME	CCSS	CPAM	100 % PME	CPAM	80 %	80 %	70 %
1	2	3	4	5	6	7	8	9

DECLARATIONS DE L'ADHERENT(E)

Je soussigné(e), certifie remplir, ainsi que mes ayants droit ci-dessus indiqués, les conditions d'admission au contrat. Je demande à bénéficier de l'assurance groupe mentionnée ci-dessus. Je déclare accepter les Conditions générales et particulières de l'assurance dont j'ai reçu un exemplaire. Je certifie avoir pris connaissance des articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances.

Extrait de l'article L.113.8 : « Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre. »

Je certifie que toutes mes réponses sont exactes, complètes et sincères. J'ai noté que le règlement des cotisations et le versement des prestations se feront obligatoirement sur le compte bancaire indiqué aux documents d'autorisation de prélèvement joints et pour lequel je joins un RIB. Je joins également à cette demande une copie des cartes de Régime obligatoire concernant chacun des bénéficiaires concernés.

DATE D'EFFET DE L'ADHESION

La présente demande d'adhésion aura, après accord de GMC Gestion et paiement des cotisations, valeur de Conditions particulières, et prendra effet à la date d'effet effective précisée ci-après par GMC Gestion. Elle se poursuivra jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant, puis se renouvellera par tacite reconduction, sauf dénonciation moyennant préavis de 2 mois ou résiliation du contrat d'assurance. Elle se terminera au 1^{er} jour du mois suivant mon 55^e anniversaire, date à laquelle je serai transféré(e) dans le contrat « SENIOR ».

DATE D'EFFET SOUHAITEE :

(Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion par GMC Gestion.)

Fait à Nice, le

DATE D'EFFET EFFECTIVE :
(indiquée par GMC Gestion)

Signature de l'adhérent(e), précédée de la mention « Lu et approuvé » :	Validation de la demande par P. PAYA ASSURANCES :	Signature et cachet de GMC Gestion valant l'acceptation dans l'assurance :
--	---	--

Les délais d'attente prévus aux Conditions générales peuvent être supprimés sur présentation d'un certificat de radiation datant de moins de 2 mois d'un régime similaire. Ils sont également supprimés pour les nouveaux embauchés qui adhèrent dans les 2 mois suivant leur embauche.

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

N° de Sécurité Sociale :

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

--	--	--	--

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

--	--	--	--

COMPTE A DÉBITER

Codes Établisst	Guichet	N° du compte	Clé R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

--



GMC
gestion

Unité de Gestion N°

10, rue Henner
75459 PARIS CEDEX 09

Signature :

L

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

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-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

4 1 4 1 6 2

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

--	--	--	--

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

	GMC gestion	Unité de Gestion N° <input type="text"/>
10, rue Henner 75459 PARIS CEDEX 09		

COMPTE A DÉBITER

Codes Établisst	Guichet	N° du compte	Clé R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU CTE A DÉBITER

--

Date :

Signature :

L

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).

Réf : GMC 1297 - 01/00

Merci de joindre à votre envoi un RIB.