



DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT FRAIS MEDICAUX

« réservée aux personnes de moins de 55 ans à l'adhésion,
exerçant une activité professionnelle

Compagnie : AMIS

N° de contrat : 67 284 886

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. :

Profession :

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
CCSS	CPAM	CPAM	80 %	80 %	70 %
1	2	3	4	5	6

CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles à l'assurance les personnes non fonctionnaires exerçant une activité professionnelle, sans réduction d'horaires pour raisons médicales ou les préretraités ou retraités, âgés de moins de 55 ans à l'adhésion, ainsi que leurs ayants droit (conjoints, concubins et enfants à charge de moins de 21 ans), sous condition d'acceptation par l'assureur. Cette acceptation ne pourra prendre effet qu'au premier jour d'un mois.

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.

Loi Informatique et Liberté : L'Assuré peut demander, à GMC Gestion, communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de GMC Gestion, de ses mandataires, des assureurs et réassureurs, ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : GMC Gestion, 10, rue Henner, 75009 Paris (loi n° 78-17 du 06/01/1978).

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.

Nom , prénom.....

Adresse.....

.....

**LETTRE RECOMMANDEE
DE DEMANDE
DE RESILIATION**

Monsieur le Directeur ,

J'ai l'honneur de vous informer par la présente lettre recommandée que j'entends faire cesser les effets du contrat frais de santé

n° _____

A l'expiration de la période en cours soit , sauf erreur le

Dans un délai de vingt jours suivant l'envoi de votre avis d'échéance (loi chatel) soit le.....

Par ailleurs , je vous remercie de bien vouloir m'accuser réception de la présente en m'adressant un certificat de radiation .

Veuillez agréer , Monsieur le Directeur , l'expression de mes salutations les meilleurs.

A _____

Le _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvée »