

J'adhère à la garantie : _____ (Version) DS 07 DS 15

Date d'effet du contrat : __ / __ / ____

Votre situation : Salarié TNS Profession médicale

Situation de votre conjoint(e) : Salarié TNS Profession médicale

Régime fiscal Madelin : Oui Non

VOUS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Né(e) le : __ / __ / ____ N° Sécurité Sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
(obligatoire)

E-mail : _____ @ _____

Téléphone (fixe / portable) : __ / __ / __ / __ / __

Heures d'appels disponibles : _____

CONJOINT OU CONCUBIN* OU PARTENAIRE LIÉ PAR LE PACS**

* Fournir une attestation délivrée par la mairie, une copie du livret de famille en cas d'enfant en commun ou, à défaut une déclaration sur l'honneur avec une justification du domicile commun. ** Fournir une attestation de moins de 3 mois délivrée par le Greffe du Tribunal d'instance du lieu de naissance.

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Né(e) le : __ / __ / ____ N° Sécurité Sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
(sous lequel le conjoint est pris en charge)

ENFANT(S) À CHARGE*

Sexe	Nom	Prénom	Né(e) le	N° Sécurité Sociale (sous lequel l'enfant est pris en charge)	Adh / Conj
M / F					
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

* Les enfants figurant sur l'attestation Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint/concubin/partenaire lié par un PACS, les enfants de moins de 27 ans poursuivant leurs études et inscrits à la Sécurité Sociale (régime des étudiants).

MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE : _____ **€ TTC.**

Frais de dossier : 20 € à régler lors de l'adhésion par chèque à l'ordre de Diffusion Santé.

MODE DE RÉGLEMENT

Prélèvement automatique : Mensuel Trimestriel Annuel

PIÈCES À JOINDRE

- Frais de dossier : 20 € à l'ordre de DIFFUSION SANTÉ
- Un Relevé d'Identité Bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne du souscripteur
- Une photocopie de la pièce d'identité (CNI ou passeport en cours de validité)
- Une photocopie de l'attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois).

Dossier complet à transmettre à : Diffusion Santé 38 rue Carnot 71300 Montceau-les-Mines

J'ai pris bonne note que le reflet de nos décomptes Sécurité Sociale transitera entre les CPAM et Henner / GMC par télétransmission selon la procédure « NOEMIE ». J'ai la faculté de refuser cette procédure en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Je certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation.

Date* et signature précédées de la mention « Lu et approuvé »

Cachet de votre conseiller

(*) En vertu de l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, vous disposez d'un délai de 14 jours francs pour exercer votre droit à renoncer à la souscription de vos contrats souscrits sur internet ou par téléphone, sans avoir à vous justifier. Si ce délai se termine un samedi, un dimanche ou un jour férié, vous avez alors jusqu'au jour suivant ouvrable. Ce délai court à partir de la date de souscription du présent contrat. Attention : ce droit ne peut plus vous être ouvert si l'exécution de la prestation du service d'assurance a commencé avant la fin de ce délai de 14 jours (article L 121-20-2 du code de la consommation), c'est-à-dire si des prestations ont déjà été versées au titre du contrat. Un modèle de lettre de renonciation figure dans la notice d'information qui vous est remise lors de l'adhésion.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, les informations collectées sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des sources qui vous concernent à l'adresse suivante : Mutualia Territoires Solidaires, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HÈRES.