

Bulletin d'adhésion 2/2

PERSONNES SUPPLEMENTAIRES* A GARANTIR	Nom	Prénom	N° de Sécurité Sociale	Date de naissance
Conjoint				
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				
4 ^{ème} enfant				

* REGIME PREMIER DECLIC Moins de 30 ans exclu

REGIME PREMIER DÉCLIC (moins de 30 ans)	REGIME SÉRÉNITÉ (moins de 30 ans)	REGIME SÉRÉNITÉ (jusqu'à 65 ans)	REGIME CONFORT (jusqu'à 65 ans)
INDIVIDUEL <input type="checkbox"/>	ADULTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ENFANT (gratuité au 3ème) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGIME PLUS 3 MODULES au choix (cocher la case correspondante). L'option choisie doit être la même pour toute la famille

	Base	+ Module Hospi	+ Module Optique	+ Module Prothèses
ADULTE de moins de 40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADULTE de 40 à 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFANT (gratuité au 3ème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je souhaite adhérer à partir du

Je souhaite bénéficier du prélèvement mensuel, je joins à ce bulletin un chèque de :€, à l'ordre de l'A.N.P.F. (représentant les 2 premiers mois de cotisation et 8€ de droit d'entrée), et je complète l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

Je choisis la cotisation semestrielle, je joins à ce bulletin un chèque de :€, à l'ordre de l'A.N.P.F. (représentant le semestre civil à échoir, ou la partie de semestre si la date d'effet se situe en cours de semestre et 8 € de droit d'entrée).

Vous recevrez après validation : Un duplicata du présent bulletin, un Certificat d'Adhésion avec vos garanties et la Notice d'information du contrat collectif A.N.P.F. délivrée par GFM. En tant qu'adhérent de l'A.N.P.F., vous serez adressés les statuts et un extrait du règlement intérieur de l'association.

Fait à :

Le Signature

PARTIE RESERVEE A L'A.N.P.F. Date d'effet :

Délais d'attente : oui non VISA

DEMANDE DE PRELEVEMENT : Je soussigné(e) demande à PREVOYANCE A.N.P.F. d'effectuer le prélèvement mensuel de mes cotisations sur le compte bancaire ou postal dont les références suivent.

N° NATIONAL D'EMETTEUR : 359 726 ORGANISME CREANCIER Prévoyance ANPF B.P. 10072 24202 SARTLAT CÉDEX

AUTORISATION DE PRELEVEMENT
J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte.

COMPTES A DEBITER

Etablissement	Guichet	N° de compte	RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom Adresse
Code Postal Ville

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom Prénom Adresse
Code Postal Ville Date Signature

Introduction au régime maladie – chirurgie – maternité de Prévoyance Anpf

Adhésion

Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion remis à chaque participant, avec un certificat d'affiliation au Régime Maladie - Chirurgie.

Pour tout nouvel affilié qui ne peut justifier de son appartenance à un Régime de Complémentaire santé dans les 2 mois qui précèdent, il existe une période d'attente de :

1 mois pour l'hospitalisation.
6 mois pour les garanties « Art dentaire », « Optique », « Cures Thermales » et « Obsèques ».

9 mois pour la garantie « Maternité ».

Modalités de règlement

Le Futur adhérent adressera à l'A.N.P.F. un chèque libellé à l'ordre de Prévoyance A.N.P.F.

Cotisations

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion. Le premier règlement sera effectué au moment de l'adhésion, et couvrira le semestre civil à échoir ou la partie de semestre si la date d'effet se situe en cours de semestre civil.

Les cotisations sont calculées par tranche d'âge et par personne, elles sont exprimées en Euros et suivent l'évolution de l'indice de consommation médicale.

Droit d'entrée

Le participant, en donnant son adhésion au Régime, doit acquitter un droit d'entrée fixé à 8 Euros. Ce droit, dû uniquement au moment de l'adhésion, restera acquis à Prévoyance ANPF et ne pourra être restitué en cas de dénonciation de l'adhésion.

Durée et dénonciation de l'adhésion

L'adhésion est souscrite pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque 1^{er} janvier. Elle ne peut prendre fin, en cas de dénonciation du participant, qu'à l'expiration d'une année civile avec un préavis de deux mois ou conformément aux nouvelles dispositions réglementaires.

Prestations

Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué par l'A.P.G.I.S. en application d'un accord passé avec l'A.N.P.F.

Toutes vos demandes concernant les remboursements sont à adresser à :

A.P.G.I.S.
12, Rue Massue
94684 VINCENNES Cedex

Pour les Régimes qui prévoient ces garanties, et en ce qui concerne l'optique, l'art dentaire, les cures thermales, la chambre particulière et tous les soins et actes médicaux avec dépassement d'honoraires, adresser directement à l'A.P.G.I.S. les justificatifs de dépenses réelles.

Fournir également :

- un bulletin de naissance pour la garantie « Maternité » ;
- un bulletin de décès pour la garantie « Obsèques » ainsi qu'une fiche d'Etat civil du bénéficiaire ;

Hospitalisation :

Les demandes de prises en charge doivent être adressées à l'A.P.G.I.S.

Sur présentation de la facture détaillée l'A.P.G.I.S. procédera, directement à l'Etablissement de soins, au règlement des prestations correspondantes en fonction du Régime auquel le Participant aura adhéré.

Définition

Le présent Régime assure aux divers participants bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale, ou aux travailleurs non salariés, le remboursement des frais laissés à leur charge dans la limite des garanties choisies.

Association Nationale de Prévoyance Familiale
Association déclarée, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, sous le n°W872002868

B.P. 10072
24202 SARTLAT CÉDEX
Tél. 05 53 28 1000
www.prevoyance-anpf.com
message@prevoyance-anpf.com

Régime maladie chirurgie maternité



