

# Bulletin d'adhésion 1/2

à compléter et signer au verso

N° SS	<input type="text"/>	Réservée	<input type="text"/>
Je soussigné(e) : M, Mme, Melle	<input type="text"/>	Situation de famille	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Département	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>
Code Postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Régime obligatoire	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

## Déclare :

- Adhérer à l'A.N.P.F. en vue de bénéficier du Régime Maladie-Chirurgie, conformément à l'option désignée ci-après et dont les garanties sont précisées sur le document annexé au présent bulletin.
- Avoir à verser, dès réception des bordereaux semestriels qui me seront adressés, les cotisations dues.

## TELETRANSMISSION

Contact direct entre votre centre de Sécurité Sociale et L'A.P.G.I.S. pour vos remboursements.

Je désire bénéficier du système N.O.E.M.I.E.       Je ne désire pas bénéficier du système N.O.E.M.I.E.

Conformément aux termes de la réglementation de la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés) relative aux échanges d'informations, Vous pouvez à tout moment renoncer à ce que les renseignements vous concernant soient transmis directement à l'A.P.G.I.S. par votre centre de Sécurité Sociale. Dans ce cas, il suffit d'en avvertir l'A.P.G.I.S. par simple courrier.

## TIERS PAYANT PHARMACIE

Je souhaite bénéficier de la carte Santé-Pharma et je joins une attestation de droits délivrée par la C.P.A.M.

## DOCUMENTS A NOUS RETOURNER

- Le bulletin d'adhésion rempli et signé.
- Votre règlement de la cotisation et du droit d'entrée (modalités de paiement au verso).
- L'autorisation de prélèvement signée ainsi qu'un RIB, RIP, ou RICE, si vous demandez le prélèvement de vos cotisations.
- Copie de l'attestation de droits à la Sécurité Sociale.
- Certificats de scolarité pour les enfants majeurs qui ont entre 18 et 25 ans.

Les garanties du régime Maladie – Chirurgie – Maternité font l'Objet d'une adhésion auprès de l'A.P.G.I.S., Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité Sociale sous le N°930, régie par l'article N°931/1 du code de la Sécurité Sociale.

# Bulletin d'adhésion 2/2

PERSONNES SUPPLEMENTAIRES* A GARANTIR	Nom	Prénom	N° de Sécurité Sociale	Date de naissance
Conjoint				
1 <sup>er</sup> enfant				
2 <sup>ème</sup> enfant				
3 <sup>ème</sup> enfant				
4 <sup>ème</sup> enfant				

\* REGIME PREMIER DECLIC Moins de 30 ans exclu

REGIME PREMIER DÉCLIC (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"/>
	ENFANT (gratuité au 3ème) <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).

Un duplicata du présent bulletin, et un Certificat d'Adhésion vous seront retournés après avoir été visés par PREVOYANCE A.N.P.F. accompagné du Règlement Intérieur et des Statuts indiquant les clauses d'engagement prévues auxquelles il ne pourra être dérogé.

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  
BP 20110  
87003 LIMOGES Cedex

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.

COMPTE 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

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à un exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01/04/80 de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés.