



Groupe de Prévoyance Maladie-Accident
7 boulevard Haussmann - 75447 Paris Cedex 09

Raison Sociale de l'Entreprise _____

Contrat collectif Santé N° _____

Conseil _____

Code _____

Nom de l'inspecteur _____

Code _____

Adhérent/Assuré

M. Mme

Nom et prénom _____

Nom de jeune fille _____

Date de naissance Lieu de naissance _____Code Postal du lieu de naissance Pays de naissance _____

Adresse _____

Code Postal Ville _____Domicile fiscal France AutreTéléphone E-mail _____Situation de famille Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Marié(e) Concubin(e) Partenaire lié par un Pacte Civil de SolidaritéNombre d'enfants à charge Nature de la pièce d'identité (CI : Carte nationale d'Identité - P : Passeport - PC : Permis de Conduire - CS : Carte de Séjour)N° Délivrée le

Autorité compétente l'ayant délivrée ou authentifiée _____

(joindre une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité)

Caractéristiques de l'Adhésion

Date d'effet Formule : GF GF1 GF2 GF3 GF4 GF5Taux de cotisation : Isolé _____% Duo _____% Famille _____%

Droits associatifs : 7€ (par an)

Le paiement de la cotisation est effectué par prélèvement mensuel et à terme échu.**(A cet effet, vous devez nous retourner les documents nécessaires notamment le mandat de prélèvement accompagnés d'un RIB (ou RICE)).**

