

Affiliation Contrat Individuel Frais de Santé

J'adhère à la garantie : (Version) DS07 **Prise d'effet : 1^{er} / /**
 DS15

Votre situation (1) et celle de votre conjoint (2) :

Salarié TNS profession médicale

REGIME FISCAL MADELIN : Oui Non

VOUS

NOM :	Prénom :
Adresse :	email :
N° Sécurité Sociale :	Date de naissance :

AUTRES BENEFICIAIRES

CONJOINT ou CONCUBIN* ou PARTENAIRE LIE PAR UN 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 :	Avez-vous une complémentaire santé ? OUI,NON <input type="checkbox"/>
N° Sécurité Sociale :	Date de naissance :

ENFANTS A CHARGE *

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE

* 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 :€

MODE DE REGLEMENT

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE : mois

PIECES A JOINDRE :	
Chèque équivalent à 1 mois de cotisation à l'ordre de GMC gestion	Chèque d'acompte
Relevé d'identité bancaire ou postal	Les prestations seront réglées par virement
Photocopie de votre attestation d'assuré social et éventuellement celle de votre conjoint ou concubin	Elle est jointe avec la carte vitale

J'ai pris bonne note que le reflet de nos décomptes Sécurité Sociale transitera entre les CPAM et GMC gestion 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 & Signature « précédée de la mention « lu et approuvé »	CACHET DE VOTRE CONSEILLER
---	----------------------------

Conformément à la loi « Informatique et Liberté » N°78-17 du 6 janvier 1978, l'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : DIFFUSION SANTE 38 rue Carnot BP95 71304 MONTCEAU CEDEX N° ORIAS 07 004 490