

# BULLETIN D'ADHÉSION F.F.A

Date d'effet ... / ... / ... Échéance principale 01/04

Code Courtier : .....

Nom ou Raison Sociale : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... E-mail : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....  
 Célibataire  Concubin  Marié  Divorcé  Veuf  Pacsé Professionn exacte : .....  
 Adhèrent : régime  S.S  T.N.S  Autres ..... Conjoint : régime  S.S  T.N.S  Autres .....

## PASSEPORT SANTÉ

FORMULE CHOISIE : .....  Senior  Option PRIVILÈGE

	Nom	Prénom	Né(e) le	Code Organisme	n° de Sécurité Sociale
Adhèrent			/ /		
Conjoint			/ /		
1 <sup>er</sup> Enfant			/ /		
2 <sup>ème</sup> Enfant			/ /		
3 <sup>ème</sup> Enfant			/ /		
4 <sup>ème</sup> Enfant			/ /		

	Adhèrent	Conjoint	1 <sup>er</sup> Enfant	2 <sup>ème</sup> Enfant	3 <sup>ème</sup> Enfant	Réduction	TOTAL MENSUEL
Tarif	€	€	€	€	GRATUIT	-	€

Pour les salariés ou les TNS à la retraite, l'absence de renseignement du N° de SS et du N° d'organisme bloque la mise en place du 1/3 payant et la télétransmission.

Pour les TNS en activité : le N° d'organisme et le N° de SS à défaut de l'attestation RSI/RAM sont obligatoires à la souscription.

## PRÉVOYANCE

Revenus professionnels imposables N-1 hors dividendes ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

<input type="checkbox"/> GÉRANT MAJORITAIRE - PROF. LIBÉRALES	<input type="checkbox"/> PACK PREVOYANCE	<input type="checkbox"/> Option PRIVILÈGE
Franchises : 3 j. Hospi / 3 j. Acct / 30 j. Maladie	Franchises : TNS <input type="checkbox"/> 0 j. Hospi/3 j. Acct/15 j. Maladie <input type="checkbox"/> 0 j. Hospi/15 j. Acct/Maladie Autres <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours	
Versement : 3 ans et rente	Versement : <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 3 ans et rente	Classe Tarifaire : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Arrêt de Travail (1) ..... € / Mois (doublé en cas d'hospitalisation) TARIF €

Décès (2) ..... € (doublé en cas d'accident) Bénéficiaire : .....

Frais généraux (classe 2 : Artisan, Commerçant) ..... € / an TARIF €  
 Franchises :  4 j. Acct/16 j. Maladie  16 j. Acct/16 j. Maladie Versement :  1 an  3 ans TOTAL MENSUEL €

(1) Pour les TNS en 1<sup>ère</sup> année d'activité : indemnisation journalière limitée à 76 euros sans justificatifs d'avis d'imposition à fournir.

(2) En cas de déductibilité Madelin, ce capital décès/IAD sera versé sous forme de rente.

## RÈGLEMENT

<input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Annuel	TOTAL MENSUEL (+ 2 € de frais de gestion)	€
<input type="checkbox"/> Loi Madelin	Droit d'entrée F.F.A.	12 €
Date de prélèvement : le 10	Comptant :	€
Contrat signé suite à démarchage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Chèque : .....	€

Je reconnais avoir pris connaissance de la note d'information et en accepte les termes. Je reconnais avoir pris connaissance des modalités et du modèle de lettre relatifs à la faculté de renonciation prévue à l'article L112-9 du code des Assurances.

Les garanties ne sont acquises qu'après réception de l'acceptation écrite et notifiée par l'assureur.

Fait à ..... le .. / .. / ..... Signature (précédée de la mention «lu et approuvé»)