

Contrat ARCAB | Santé Facultatif - retraités

> ARCAB

Je soussigné, certifie que le retraité ci-dessous désigné, fait partie de l'Amicale des retraités et Conjointes de l'Aérospatiale Berry à la date de signature du présent bulletin d'adhésion.

A le

Signature et cachet de l'ARCAB

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez le mandat de prélèvement joint, la périodicité choisie et au dos le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- 3- **Joignez les pièces suivantes**
 - la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé,
 - votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.
- Si vous êtes concerné :**
 - les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation,
 - l'attestation de PACS,
 - votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.
- 4- Dater et signez votre bulletin.

> VOTRE IDENTITE

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) Pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Rés, Bât, Apt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @

Date d'effet de l'adhésion

> VOS COTISATIONS

Date de périodicité de prélèvement choisie mois trimestre semestre année

> BENEFICIAIRES A GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽²⁾
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
5 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements.

Je joins à mon bulletin individuel d'adhésion les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance.

A le

Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.