

■ SANTE



Association  
Loi 1901



BULLETIN  
D'ADHÉSION

Fédération Française des Assurés



# BULLETIN D'ADHÉSION F.F.A

Date d'effet .. / .. / ..

Échéance principale 01/04

Code Courtier : .....

Association  
Loi 1901

Nom ou Raison Sociale : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... E-mail : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

 Célibataire  Concubin  Marié  Pacsé  Divorcé  Séparé  Veuf Profession exacte : .....
Adhérent : régime  S.S  T.N.S  Autres ..... Conjoint : régime  S.S  T.N.S  Autres .....

## PASSEPORT SANTÉ


 CONTRAT OPTIMEO SANTÉ CHOISI : .....  Senior  Option Privilège

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

	Adhérent	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 tiers 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.

## RÈGLEMENT

 Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

TOTAL MENSUEL + 2 € de frais de gestion €

 Loi Madelin

Droit d'entrée F.F.A 12 €

Date de prélèvement : le 10

Comptant : €

Contrat signé suite à démarchage  oui  non Chèque : ..... €

Je reconnais :

- avoir pris connaissance des mentions et du modèle de lettre relatives à la faculté de renonciation prévue à l'article L.112-9 du Code des assurances, jointes au présent document ;
- être membre de l'association F.F.A et avoir reçu toutes les informations concernant cette association ;

Je déclare :

- avoir reçu et pris connaissance préalablement de la Notice d'information "FFA Complémentaire Frais de soins - Optimeo Santé";
- avoir répondu avec exactitude aux déclarations ci-dessus. Je certifie avoir été informé(e) de ce que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraîneraient l'application suivant le cas des sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, dont la nullité du contrat, F.F.A se réservant le droit de procéder à des vérifications.
- être à jour du paiement de mes cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires en tant que travailleur indépendant.

Fait à ....., le .. / .. / ..

Signature (précédée de la mention «lu et approuvé»)

## FACULTÉ DE RENONCIATION SANTÉ

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre de renonciation : « Je soussigné M ....., demeurant au ....., renonce à mon contrat n° ..... souscrit auprès de la F.F.A conformément à l'article L 112-9 du code des assurances.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat, depuis la date de conclusion du contrat.»

La lettre doit être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : F.F.A - CS 52826 - 29228 Brest Cedex 2.

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement de la présente demande. Elles pourront être utilisées, sauf opposition de votre part, dans un but de prospection pour les produits distribués par la F.F.A (Assurances, Services). Conformément à la Loi «informatiques et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, en adressant un courrier auprès de la F.F.A - CS 52826 - 29228 Brest Cedex 2.

 Je m'oppose à toute prospection

FFA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS - OPTIMEO SANTÉ est un contrat d'assurances souscrit par la F.F.A (siège social : 112 Bd Malesherbes 75017 Paris), auprès de PREPAR I.A.R.D, dont le siège est Tour Franklin, 101 rue Boieldieu, 92800 Puteaux.

