exemplaire FFA

# BULLETIN D'ADHESION F.F.A

Date d'Effet 01 / . . / . . . . Echéance Principale 01 / 04

Code Courtier : .....

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

Adresse : ..... Téléphone : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Né(e) le : . . / . . / . . . .

❑ Célibataire ❑ Concubin ❑ Marié ❑ Divorcé ❑ Veuf Profession : .....

Adhérent : régime ❑ S.S ❑ T.N.S ❑ AUTRES ..... Code Organisme : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Conjoint : régime ❑ S.S ❑ T.N.S ❑ AUTRES ..... Code Organisme : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

## PASSEPORT SANTE

❑ Option PRIVILEGE

FORMULE CHOISIE : .....

| | Nom | Prénom | Né(e) le | N° de Sécurité Sociale | Montant |
|---|---|---|---|---|---|
| Adhérent | | | | ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ | |
| Conjoint | | | | ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ | |
| 1er Enfant | | | | Ayant droit : ❑ Adhérent ❑ Conjoint | |
| 2ème Enfant | | | | Ayant droit : ❑ Adhérent ❑ Conjoint | |
| Réduction Famille | | | | 10 % | |
| | | | | TOTAL MENSUEL | € |

## PREVOYANCE

❑ Gérant Majoritaire - Prof. Libérales

Franchises : 3 j. Hospi / 3 j. Acct / 30 j. Maladie

Versement : 3 ans et rente

❑ Pack Prévoyance

Franchises : TNS ❑ 0 j. Hospi - 3 j. Acct - 15 j. Maladie ❑ 0 j. Hospi - 15 j. Acct - Maladie

Autres ❑ 30 jours ❑ 90 jours

Versement : ❑ 1 an ❑ 2 ans ❑ 3 ans ❑ 3 ans et rente

Classe Tarifaire : ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ Option PRIVILEGE

**Arrêt de Travail** _____ € / mois (doublé en cas d'hospitalisation)

**Décès** _____ € (doublé en cas d'accident) Bénéficiaire : _____

**Indemnités Hospi.** _____ € / mois ❑ 1 tête ❑ 2 têtes ❑ famille TOTAL MENSUEL €

## REGLEMENT

❑ Mensuel ❑ Trimestriel ❑ Semestriel ❑ Annuel

❑ LOI MADELIN ❑ Offre spéciale

TOTAL MENSUEL (dont 2€ de frais de gestion) €

COMPTANT* (1ère cotisation et Droit d'Entrée FFA) €

❑* Y compris frais accessoires

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information et en accepte les termes.
Les garanties ne sont acquises qu'après réception de l'acceptation écrite notifiée par l'assureur et pour une durée minimum d'un an. FC : .....

Fait à ....., le . . / . . / . . . . Signature (précédée de la mention"lu et approuvé")

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

*J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différent directement avec le créancier.*

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
**Fédération Française des Assurés**
**207 rue Jean-Jaurès - CS 52826**
**29228 BREST - Cedex 2**

N° NATIONAL D'EMETTEUR
124753

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

COMPTE À DÉBITER

⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋

Date : Signature :

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).