

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL

Cabinet BOURHIS

Document à retourner au SARL CABINET BOURHIS - 7 quai de Tréguier - B.P. 97264 - 29672 MORLAIX CEDEX



ASSUR-TRAVEL

Date d'adhésion souhaitée :

L'ADHERENT

Nom : _____ Prénom : _____
N° Sécurité Sociale : _____ Né(e) le : _____
Profession : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____ Pays d'expatriation : _____
Tel : _____ Fax : _____
E-mail : _____

MEMBRES DE LA FAMILLE

LES BENEFICIAIRES A ASSURER : NOM et PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
Conjoint		
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		

GARANTIES CHOISIES

Santé

Individuel Complémentaire CFE, si autre préciser : _____
 Famille 1^{er} Euro
 PREMIUM CONFORT SUMMUM
 Zone A Zone B Zone C

Assistance

OUI NON Individuel Famille

Responsabilité Civile

OUI NON Individuel Famille

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Adresse d'envoi des décomptes de remboursement

Mode : Chèque Virement (joindre un RIB)
Devise : Euro Autre : _____

REGLEMENT DES COTISATIONS

Adresse d'envoi des appels de cotisations

Périodicité : Annuelle Semestrielle Trimestrielle
Devise : Euro Autre : _____

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes.

Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque ARTAS a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances. Je reconnais avoir pris connaissance du contrat.

Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale en respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qu'il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant.

J'autorise GAPI à recevoir pour mon compte les décomptes du remboursement CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et à percevoir directement de la CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers payant.

Fait à : _____ Le Signature de l'adhérent (précédée de la mention « Lu et Approuvé ») :

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les montants trimestriels des cotisations dues au créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. La présente est valable jusqu'à annulation de ma part en temps voulu au créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR **519369**

Nom, Prénom et Adresse du Débitéur	Nom et Adresse du Créancier
	GAPI 58 rue de l'Arcade 75008 Paris - FRANCE
COMPTE A DEBITER	Nom et Adresse Postale de l'Etablissement Teneur du compte à débiter
Banque _____ Guichet _____ N° de compte _____ Clé _____	

Date :

Signature obligatoire :