



S.A.R.L

RHÔNE ALPES ASSURANCES

ACMI-Rhône Alpes assurances

36 rue des très Cloîtres 38000 Grenoble Tél:04 76 51 51 89 Fax:04 76 44 39 95

### Demande d'adhésion à la garantie

N° TIERS :

CHOISISSEZ VOTRE OPTION :  OPTION 1 OU  OPTION 2

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :			
	CLE		
Nom :			
Prénom :			Tél :
Adresse :			
Code Postal, Ville :			
Nom de jeune fille :			Né(e) le : / /
Situation de famille (M-C-V-D-P) :		Nombre d'enfant(s) à charge :	

**NATURE ET MONTANT DES GARANTIES :** Le contrat "Frais de Santé" a pour objet de garantir aux bénéficiaires désignés ci-après, le remboursement des frais occasionnés par la maladie ou l'accident, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité Sociale, et tel que prévu par la notice d'information et le contrat de prévoyance complémentaire signé entre l'association et la CAPAVES PRÉVOYANCE et dont le participant reconnaît avoir pris connaissance.

Participant	Nom	Prénom	Date de naissance
Vous-même			/ /
Votre conjoint			/ /
Enfant			/ /
Enfant			/ /
Enfant			/ /
Enfant			/ /
Enfant			/ /

**PROCÉDURE NOEMIE :** Je demande à bénéficier de la procédure de télétransmission du décompte de Sécurité Sociale pour tous les bénéficiaires du contrat figurant sur la présente demande d'adhésion. *Je joins à cet effet un RIB et la photocopie de la ou des cartes d'assurés sociaux ainsi que de l'attestation SESAME VITALE des différents bénéficiaires au présent document.*

**PAIEMENT DES COTISATIONS :** Les cotisations seront réglées mensuellement à terme échu et feront l'objet d'un prélèvement automatique sur mon compte bancaire ou postal.

**DATE D'EFFET ET DURÉE :** Le contrat prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours et se renouvelle annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation notifiée deux mois avant le premier jour de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception à la CAPAVES PRÉVOYANCE.

Pour l'Association	Pour l'assuré	Pour la CAPAVES PRÉVOYANCE
Fait à : / /	Fait à / /	Adhésion acceptée le : / /
Le : / /	Le : / /	Date d'effet : / /
Signature & Cachet :	Signature :	Signature :

FRANCE EXPAT assurances 105 rue des moines 75017 PARIS - [contact@france-expat.fr](mailto:contact@france-expat.fr)  
Responsabilité Civile et Garantie Financière conformes à l'article L.530.1 et L.530.2 du Code des assurances. N°ORIAS : 07028185.



Groupe ARIES. Institution Interprofessionnelle de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, agréée par arrêté du Ministre des Affaires Sociales en date du 13 février 1992 sous le numéro 987, Statuts modifiés agréés en date du 20 décembre 1999.

A compléter et retourner découpé dans l'enveloppe jointe