

# DEMANDE D'ADHÉSION AGECFA Santé

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE SOUSCRIT PAR  
L'AGECFA-VOYAGEURS AUPRÈS DE LA MUTUELLE CARCEPT PREV

Pour toute question, appelez-nous du lundi au vendredi,  
de 9h à 12h et de 14h à 17h au : 0972 72 37 30 (appel non surtaxé)

Zone réservée à l'apporteur :

Nom : .....

Prénom : .....

Code int : .....

Participation : .....

## ADHÉRENT PRINCIPAL

voir explications au verso

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : [.....]

N° de Sécurité sociale : [.....]

Adresse : .....

Code postal : [.....] Ville : .....

Numéro de téléphone : [.....]

E-mail : .....

*En indiquant mon adresse e-mail, je donne mon accord pour recevoir des informations et offres de nature commerciale en provenance de KLESIA. Je pourrai m'y opposer à tout moment.*

Date de fin de Congé de Fin d'Activité : [.....]

## AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Si vous adhérez en couple, votre conjoint bénéficie d'une réduction de 10 % sur sa cotisation pendant toute la durée de votre adhésion au contrat AGECEFA Santé.

CONJOINT	NOM	PRÉNOM	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Date de naissance : [.....]			[.....] Clé [.....]
ENFANTS	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
1 <sup>er</sup> enfant			[.....] <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 <sup>e</sup> enfant			[.....] <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 <sup>e</sup> enfant (gratuit)			[.....] <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

## CHOIX DE LA GARANTIE

→ Je choisis ma formule :  ECO  F100  F150  F200  F250

→ Je choisis la périodicité de mes cotisations :  mensuelle  trimestrielle

→ Je choisis de payer mes cotisations par :  prélèvement automatique (compléter le mandat de prélèvement SEPA et joindre un RIB récent)

Si vous n'avez pas opté pour le prélèvement automatique, vos chèques devront nous parvenir avant le 10 du mois de la périodicité choisie, à l'ordre de Mutuelle Carcept Prev.

→ Mon adhésion au contrat AGECEFA Santé prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours si ma demande d'adhésion est réceptionnée par la Mutuelle Carcept Prev entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois. Si la demande d'adhésion est réceptionnée entre le 16 et le 31 du mois, la date d'effet est le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

Si je souhaite une date d'effet ultérieure, je l'indique ci-après : [0] [1] [2] [0] [.....]

La date d'effet ne peut être antérieure à la date d'entrée dans le dispositif du Congé de Fin d'Activité.

Je soussigné(e) déclare être allocataire AGECEFA-Voyageurs au titre du Congé de Fin d'Activité et avoir pris connaissance de la Notice d'information du contrat collectif AGECEFA Santé. Je peux renoncer à mon adhésion dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant le certificat d'adhésion qui me sera adressé. Dans ce cas, toute cotisation éventuellement prélevée sera remboursée, sous réserve que je n'aie bénéficié d'aucune prestation AGECEFA Santé. Je reconnais avoir été informé(e) que les statuts d'AGECEFA-Voyageurs et de la Mutuelle Carcept Prev sont consultables sur demande et m'engage à informer mon conjoint de ses droits relatifs à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

DATE [.....]

SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

