

# JE RENFORCE MES REMBOURSEMENTS SUR MES DÉPENSES DE SANTÉ

DEMANDE DE SOUSCRIPTION GARANTIES PHARMA + / SANTÉ +

(à remettre à votre section locale ou à envoyer à l'adresse ci-dessous)

N° de SECTION :

## 1 MES COORDONNÉES

Nom  Prénom   
 Né(e) le  à  N° Sécurité sociale   
 Adresse   
 Adresse électronique perso\*  Adresse électronique professionnelle\*   
 Tél. personnel\*  Tél. professionnel\*  Tél. mobile\*

Si les informations ci-dessus sont incorrectes ou manquantes, merci de les rectifier ci-dessous en écrivant en majuscules

Nom  Prénom   
 Né(e) le  à  N° Sécurité sociale   
 Adresse   
 Adresse électronique perso\*  Adresse électronique professionnelle\*   
 Tél. personnel\*  Tél. professionnel\*  Tél. mobile\*

\* Informations facultatives

## 2 LA COUVERTURE POUR MOI ET MA FAMILLE

**Pour renforcer votre protection, vous pouvez souscrire à Pharma+ qui vous garantit une couverture à 100 % des frais de pharmacie (vignettes bleues et blanches). Pour vous garantir une protection optimale, vous pouvez adhérer à Santé+, qui intègre les prises en charge de Pharma+, renforce vos remboursements en dépassements d'honoraires, en médecines douces et améliore la prise en charge des soins les plus coûteux (optique, dentaire).**

Je souscris à **Santé+** ou **Pharma+**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pour moi-même  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pour mon conjoint ou assimilé, ayant droit*  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pour mes enfants ayants droit de moins de 20 ans dont je précise les noms et prénoms** |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. <input type="text"/>  |

\* Si mon conjoint est membre participant, il complète la partie 3.

\*\* À condition que tous les enfants ayants droit soient inscrits à la même garantie, aucune cotisation supplémentaire n'est demandée à partir du 3<sup>e</sup> enfant.

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du règlement des garanties relatives aux surcomplémentaires Pharma+ et Santé+

Fait le ..... à .....

Signature de l'adhérent

Signature de la section administrative

## 3 CONJOINT MEMBRE PARTICIPANT

Nom  Prénom   
 Nom de jeune fille  Né(e) le  à   
 N° Sécurité sociale   
 Adresse électronique perso\*  Adresse électronique professionnelle\*   
 Tél. personnel\*  Tél. professionnel\*  Tél. mobile\*

\* Informations facultatives

Je souscris à **Santé+** ou **Pharma+**

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du règlement des garanties relatives aux surcomplémentaires Pharma+ et Santé+

Fait le ..... à .....

Signature du conjoint membre participant