



PG 01

Demande d'adhésion

N° Sociétaire : _____ L/C _____

PAP _____

Date de saisie _____

 A TRAITER A CLASSERLe proposant demande qu'il soit pris acte de ses déclarations à compter du _____ à _____
jjmmaa hhmm

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Situation de famille jjmmaa

- | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Marié | <input type="checkbox"/> 3 Célib. divorcé | <input type="checkbox"/> 5 Veuf | <input type="checkbox"/> 0 Personne Morale |
| <input type="checkbox"/> 2 Mariée | <input type="checkbox"/> 4 Célib. divorcée | <input type="checkbox"/> 6 Veuve | <input type="checkbox"/> 9 Pacsé |

Profession du proposant : _____

Activités secondaires : _____

Profession du conjoint : _____

Catégorie _____ Type : _____

Handicap Type de handicap _____ Mode de compensation _____Moyen de communication _____ Autres personnes ayant un handicap OUI NON**Paiement de mes cotisations** Annuel Semestriel Prélèvement : OUI NONMensuel 05 10 20 **Adresse Statutaire**

Complément d'adresse : _____

Bâtiment _____ Entrée _____ Escalier _____ Appartement _____

N° Voie _____ Code Voie _____ Nature _____

Nom Voie _____

Lieu dit _____

Code Postal _____ Commune _____ Dept _____

Téléphone _____ Port _____ Email _____

Sociétaire Joint Motif _____ N° _____L'adresse postale est elle identique à l'adresse statutaire OUI NON**Adresse Postale**

Complément d'adresse : _____

Bâtiment _____ Entrée _____ Escalier _____ Appartement _____

N° Voie _____ Code Voie _____ Nature _____

Nom Voie _____

Lieu dit _____

Code Postal _____ Commune _____ Dept _____

Téléphone _____ Port _____ Email _____

EMETTEUR _____

Pour les commerçants et industriels

N° RCS _____

Pour les Salariés

Nom ou raison social de l'employeur

Adresse de l'employeur

Nombre de salariés de l'entreprise _____

Le Proposant déclare

Ne pas avoir été assuré par la MACIF

Avoir été assuré par la MACIF

Date de résiliation _____

Motif _____

N° Sociétaire _____

Signature

Fait à _____

Le _____

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues du proposant entraîne, selon le cas, les sanctions prévues aux articles L 113-8, L 113-9 et L 121-5 du Code des Assurances. L'assuré peut demander à la société, moyennant paiement d'une redevance fixée par arrêté du 23 septembre 1980, communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société, de ses mandataires et des organismes professionnels concernés. Le proposant est informé qu'en cas de résiliation ou de suspension d'un contrat affecté d'au moins un sinistre (engageant sa responsabilité ou bien vol) survenu au cours des 24 derniers mois ou par suite d'un manquement à ses obligations contractuelles (non-paiement de la prime ou bien déclaration inexacte du risque), cette résiliation ou suspension peut être enregistrée dans un fichier central professionnel.

Je soussigné(e), sollicite mon adhésion comme sociétaire de la MACIF,

avec le RPFA Régime Prévoyance Familiale Accident **OPTION** ____ **Cotisation TTC** _____ €
(ne concerne pas les personnes morales)

Fait à _____ le _____

Signature

OBSERVATIONS

EMETTEUR _____

N° Sociétaire _____