BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT « FRAIS DE SANTÉ »
EN FAVEUR DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION HIP ASSUR
EXERÇANT L'ACTIVITE D'EXPLOITANT AGRICOLE
EN QUALITE DE TRAVAILLEUR NON SALARIE

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

NOM : PRENOMS : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL :

N° SIRET/SIREN :

TELEPHONE: FAX : E-MAIL

N° D'IMMATRICULATION AU RÉGIME OBLIGATOIRE :

N° D'ORGANISME D'AFFILIATION :

SITUATION DE FAMILLE : célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé de corps judiciairement ☐ vivant en concubinage ☐ pacsé ☐

DATE D'EFFET SOUHAITEE POUR L'ADHESION (1er jour du mois civil) :

INSCRIPTION DES AYANTS DROIT AU CONTRAT « FRAIS DE SANTÉ »

NOM – PRENOMS	SEXE (M OU F)	DATE DE NAISSANCE	N° IMMATRICULATION AU REGIME OBLIGATOIRE	N° ORGANISME D'AFFILIATION	RATTACHEMENT AU REGIME OBLIGATOIRE	
					PERE	MERE

DÉLAI DE RENONCIATION :
L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat « FRAIS DE SANTE », pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de l'avenant d'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être notifiée dans les conditions définies à la Notice Précontractuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Gan Assurances – Gestion Vie Collectives – Cours Charles Bricaud – 33057 BORDEAUX Cedex

Je soussigné *(nom et prénoms)*
- atteste que j'exerce l'activité d'exploitant agricole en qualité de travailleur non salarié et que je suis membre de l'ASSOCIATION HIP ASSUR,
- demande mon adhésion au contrat d'assurances Frais de Santé souscrit par l'ASSOCIATION HIP ASSUR, auprès de GAN ASSURANCES VIE, Compagnie française d'assurances vie mixte, dont le siège social est situé au 8/10 rue d'Astorg (75008) PARIS,
- remet ce jour un RIB (relevé d'identité bancaire) et l'attestation au régime social obligatoire,
- demande mon adhésion au contrat au titre de la Formule de garanties et de la Catégorie suivantes :

☐ **FORMULE 1** ☐ **FORMULE 2**

☐ **Catégorie ISOLE (adhérent seul)** ☐ **Catégorie FAMILLE (adhérent et ayants droit)**

- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations précédentes servant de base à mon adhésion au contrat et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne,
- reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 du code des assurances.
- reconnais être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et le justifie en produisant une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées,
- reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information précontractuelle.

Fait à, le

Signature de l'adhérent (à faire précéder de la mention « relu et approuvé »)

Nécessaires à la gestion de votre affiliation, les informations vous concernant sont destinées aux services de GAN ASSURANCES VIE, à ses mandataires, prestataires, organismes professionnels et réassureurs. Sauf refus de votre part, elles peuvent être utilisées à des fins commerciales au bénéfice d'autres sociétés GAN. ***Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-contre :*** ☐
Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'opposition, de communication et de rectification sur les informations qui vous concernent en vous adressant à la Direction des Relations Consommateurs – Gan Assurances – 4/8 Cours Michelet – 92082 PARIS LA DEFENSE. e-mail : svpclient@gan.fr