



BULLETIN D’AFFILIATION
Maintien des garanties frais médicaux



Nom Prénom.....
Date de naissance..... Nationalité :.....
N° Sécurité Sociale ou Caisse des Français à l’Etranger
Adresse en France..... Email :

Contrat: Complément CFE 078.848/501

Contrat: 1^{er} € 080.453/501

Date d’effet (1) :

Nombre de mois : 1 2 3

Situation de famille (2) Célibataire –Veuf- Divorcé Concubinage Marié Pacs

AYANTS-DROIT : (Conjoint/Concubin/Pacs/Enfants à charge)

Nom	Prénom	Date de Naissance	N° Immatriculation Régime de Base

Tarifs par personne

Maintien de garantie option en France Complément CFE 078.848/501 Frais Médicaux uniquement			Maintien de garantie option à l’étranger 1 ^{er} € 080.453/501 Frais Médicaux uniquement		
	Adulte	Enfant		Adulte	Enfant
1 Mois	16.06 €	9.75 €	1 Mois	49.75 €	29.95 €
2 Mois	32.12 €	19.50 €	2 Mois	99.50 €	59.90 €
3 Mois	48.18 €	29.25 €	3 Mois	149.25 €	89.85 €

Les garanties sont accordées uniquement en France

Bulletin d’adhésion à retourner, complété et signé, accompagné du règlement correspondant

Par E-MAIL: elenormand@verspieren.com

DATE.....

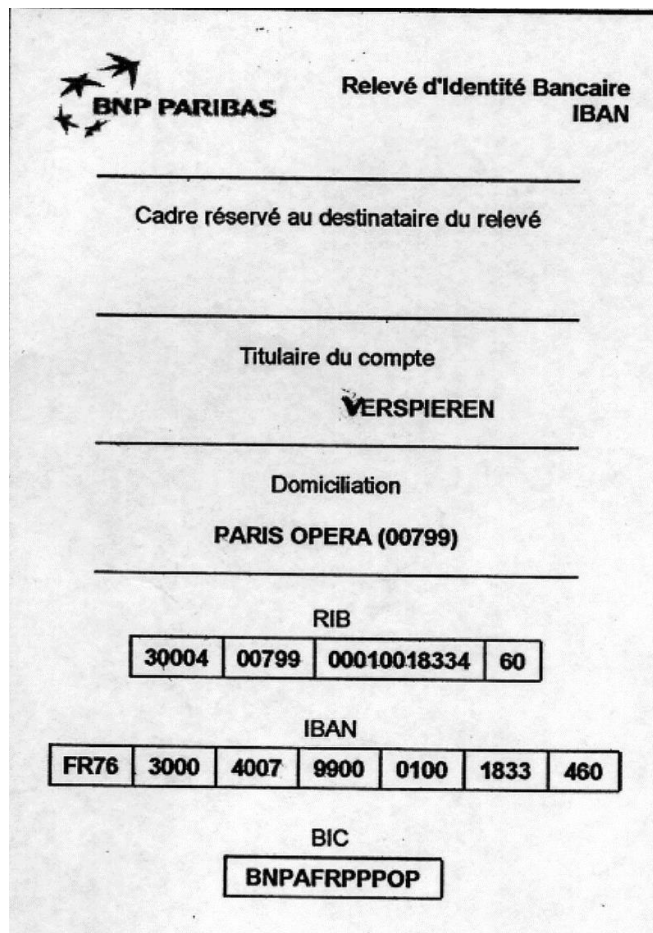
SIGNATURE (Précédée de la mention lu et approuvé).....

- (1) Premier jour qui suit la fin de votre volontariat
- (2) Cocher la case correspondante à votre situation



Merci d’adresser votre règlement par chèque à l’ordre de VERSPIEREN

Ou par virement



BNP PARIBAS Relevé d'Identité Bancaire
IBAN

Cadre réservé au destinataire du relevé

Titulaire du compte
VERSPIEREN

Domiciliation
PARIS OPERA (00799)

RIB

30004	00799	00010018334	60
-------	-------	-------------	----

IBAN

FR76	3000	4007	9900	0100	1833	460
------	------	------	------	------	------	-----

BIC

BNPAFRPPPOP
