

DEMANDE D'ADHESION

Réservé à La Médicale

N° DE CONTRAT : _____ N° DE CLIENT : _____

VOUS

M. Mme Mlle Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse personnelle : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél. : _____ Portable : _____
 E-mail : _____

VOTRE CURSUS POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE 2017/2018

À PARTIR DE SEPTEMBRE 2017
 JE SUIS ÉTUDIANT EN :

- 1^{ère} année 2^{ème} année 3^{ème} année 4^{ème} année 5^{ème} année 6^{ème} année
 Médecine Chirurgie dentaire Pharmacie Médecine vétérinaire Sage femme
 Kinésithérapie Soins infirmiers Podologie Orthophonie Orthoptie
 Aide-soignant Chiropraxie Ostéopathe Auxiliaire de puériculture
 Autres études paramédicales réglementées : _____

À PARTIR DE NOVEMBRE 2017
 JE SUIS INTERNE OU J'FFI (faisant fonction d'interne) EN :

- 1^{er} semestre 2^{ème} semestre 3^{ème} semestre 4^{ème} semestre 5^{ème} semestre
 6^{ème} semestre 7^{ème} semestre 8^{ème} semestre 9^{ème} semestre 10^{ème} semestre
 Médecine générale Médecine de spécialité Laquelle : _____
 Chirurgie dentaire Pharmacie

VOTRE ÉTABLISSEMENT DE FORMATION

Nom de l'établissement : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____

A retourner à : LA MÉDICALE
 Groupe Lamédicale.fr
 42 Avenue des Bénédictins
 87000 LIMOGES
 05 55 79 88 66

LA MÉDICALE PLUS

Je choisis la carte : la médicale **plus** pour mes premières assurances
 (cette carte ne peut pas être souscrite par les chefs de clinique)

1^{ère} adhésion Renouvellement (avenant)

LES GARANTIES :

- Responsabilité Civile Professionnelle
- Protection Juridique
- Capital Invalidité Professionnelle
- Allô Infos Juridiques, si vous êtes interne

DATE D'EFFET SOUHAITÉE : _____

MA COTISATION : Votre cotisation est prise en charge par La Médicale

Merci de signer votre demande d'adhésion ci-dessous

DECLARATIONS

- En cochant cette case, j'accepte de recevoir de la prospection commerciale par voie électronique (mail et SMS) de la part de la Médicale de France.
 En cochant cette case, je refuse de recevoir de la prospection commerciale par voie électronique (mail et SMS) de la part de la Médicale de France

• L'assuré déclare toutes les informations exactes et sincères et sait qu'elles serviront de base à la souscription des garanties et à l'acceptation de son adhésion par l'assureur. • En application de la loi du 6 août 2004 modifiant la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de La Médicale. • L'assuré est informé qu'il dispose d'un droit de renonciation conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances (voir page suivante) • L'assuré est informé que les garanties prennent effet au plus tôt à la date de réception de la demande ou au plus tard à la date d'effet souhaitée précisée dans la présente demande.

À _____ te _____
 Signature

Cachet de l'agence