

3 - ASSURANCE DÉCÈS COMPRISE DANS LA COTISATION

Bénéficiaire en cas de décès (à remplir impérativement)

Je, soussigné(e), **Nom** (en majuscules) :, masseur - kinésithérapeute,

Prénom(s) : **Nom de jeune fille** :

Nationalité : **Sexe** : M F **Année de Diplôme** :

Date de naissance (la garantie cesse à l'âge de 70 ans) : **Commune de naissance** :

Adresse personnelle :

Code postal : **Ville** :

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance décès souscrit par la FFMKR auprès de la MACSF Prévoyance ⁽⁴⁾, disponible sur www.ffmkr.org (rubrique « Pourquoi adhérer ? », « Les avantages »), et dont la cotisation est comprise dans ma cotisation syndicale, sauf exception⁽¹⁾, prévoyant pour 2018 le versement d'un capital de 5 000 € en cas de décès avant mes 70 ans, sous réserve d'être adhérent à la FFMKR au jour du décès.

Ce capital sera versé :

- à mon conjoint ou co-signataire de PACS ; à défaut : à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ; à défaut : à mes héritiers (désignation type).

- ou si vous avez déjà adressé à la MACSF Prévoyance une clause de désignation particulière pour cette garantie, conformément à celle-ci.

Si vous ne souhaitez pas la « désignation type » visée ci-avant : vous pouvez rédiger une clause de désignation particulière sur papier libre, en précisant les noms, prénoms, date et lieu de naissance pour chaque personne désignée, ainsi que la quote-part allouée (en précisant les bénéficiaires « à défaut » en cas de pré-décès du 1^{er} rang et, le cas échéant, « à défaut les héritiers » au terme de la clause). Vous devez ensuite l'adresser à : MACSF Prévoyance - Service indemnisation prévoyance - 10, Cours du Triangle de l'Arche - 92919 La Défense cedex, en précisant obligatoirement votre nom, prénom, adresse, et la référence « Contrat FFMKR 1822394-PC01 ».

Fait à :, **le** **Signature**

4 - RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE

À remplir uniquement en cas de souscription

Afin de souscrire au contrat groupe conclu entre la FFMKR et la MACSF - Le Sou Médical, veuillez cocher les cases qui suivent :

En qualité de syndiqué(e), je souhaite adhérer au contrat groupe RCP-PJ souscrit par la FFMKR auprès de la MACSF - Le Sou Médical.

M. Mme **Nom** : **Prénom(s)** :

Nationalité : **Année de Diplôme** :

La garantie est délivrée pour les seules activités relevant de l'exercice légal dévolu par décret de compétences aux masseurs-kinésithérapeutes.

Pratiquez-vous l'ostéopathie ? Oui Non

La garantie est délivrée dans le cadre strict des textes réglementaires et des arrêtés qui régissent l'ostéopathie.

Êtes-vous en phase d'entrée dans la vie professionnelle (qu'il s'agisse d'une collaboration, de remplacements ou d'une installation)⁽³⁾ ? Oui Non

Adresse professionnelle :

Code postal : **Ville** :

Téléphone :

Date d'effet souhaitée : À réception de mon règlement

Autre date (obligatoirement postérieure à la date de réception de mon règlement) :/...../.....

ANTÉCÉDENTS - À remplir impérativement pour que la garantie puisse produire ses effets

Avez-vous déjà été assuré(e) pour votre Responsabilité Civile Professionnelle ? Oui Non

Si oui, auprès de quelle compagnie ?

Avez-vous déclaré un ou plusieurs sinistres au cours des 10 dernières années ? Oui Non

Précisez pour le(s) sinistre(s) corporel(s), sauf chutes, le type de sinistre :

À votre connaissance, le ou les sinistres sont-ils : En cours à ce jour ? Oui Non

Réglé(s) à ce jour ? Oui Non

Le proposant certifie que l'ensemble des renseignements ci-dessus est, à sa connaissance, exact. En cas de fausse déclaration, il est passible des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

Fait à :, **le** **Signature**

Les informations contenues dans le Bulletin d'adhésion, sauf avis contraire de votre part, feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé à notre service. Les informations seront également fournies à l'assureur en vue de la gestion des garanties d'assurance. Conformément à la loi n° 78-17 du 16 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

⁽¹⁾ Les cotisations « Étudiant 3^e année », « Retraité sans activité libérale » et « Salarié » n'incluent pas l'assurance décès.

⁽²⁾ Le tarif de 163 € correspond à 113 € pour la RCP, 35 € pour la PJ, et 15 € pour la contribution au fonds de garantie, le tarif de 89 € correspond à 56,50 € pour la RCP, 17,50 € pour la PJ, et 15 € pour la contribution au fonds de garantie, et le tarif de 52 € correspond à 28,25 € pour la RCP, 8,75 € pour la PJ, et 15 € pour la contribution au fonds de garantie.

⁽³⁾ Pour bénéficier des tarifs « Entrée dans la vie professionnelle », le souscripteur doit être âgé de moins de 36 ans à la date d'effet des garanties.

⁽⁴⁾ MACSF Prévoyance, SIREN n° 784 702 375 - Le Sou Médical, Société Médicale d'assurances et de Défense Professionnelle n° 784 394 314 RCS Nanterre - Société d'Assurances Mutuelles, entreprises régies par le Code des assurances, siège social : Cours du Triangle - 10, rue de Valmy - 92800 Puteaux - Adresse postale : 10, Cours du Triangle de l'Arche - 92919 La Défense cedex - Tél. : 32 33

ADHÉRER FFMKR, SEULEMENT 1 OU 2 ACTES PAR MOIS POUR DÉFENDRE VOTRE PROFESSION.

OPTEZ POUR LE PRÉLÈVEMENT MENSUEL !

♥ Simple et pratique

- Cette formule vous permet d'échelonner le paiement de votre cotisation à la FFMKR en plusieurs prélèvements, tirés sur votre compte entre le 20 et le 25 de chaque mois.
- Le renouvellement de votre cotisation s'effectue par tacite reconduction.
- Bien entendu, vous pourrez changer de mode de règlement à tout moment en nous adressant un simple courrier ou par mail.

Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA : FR22ZZZ426899
Débiteur	Créancier
Votre Nom :	Nom : FFMKR
Votre adresse :	Adresse : 3, rue Lespagnol
Code postal : Ville :	Code postal : 75020 Ville : Paris
Pays : France	Pays : France
IBAN <input type="text"/>	
BIC <input type="text"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
À _____, le __/__/__	Signature <input type="text"/>
<small>Nota : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</small>	
Mandat de prélèvement SEPA Single Euro Payments Area	En signant ce formulaire de mandat vous autorisez, d'une part, la FFMKR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et, d'autre part, votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FFMKR. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.