DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ K2L

Nom : ..... **Prénom :** .....

Adresse: .....

Code Postal : |__|__|__|__|__| **Ville :** .....

Situation de famille : Célibataire |__| Marié(e) |__| Veuf(ve) |__| Divorcé(e) |__| PACS |__| Vie maritale |__|

Numéro de Sécurité sociale (15 chiffres) : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| |__||__|

Date de naissance : |__||__| / |__||__| / |__||__||__||__|

Date d'effet K2L : |0||1| / |__||__| / |__||__||__||__|

Email (obligatoire) : .....@.....

Portable (obligatoire) : |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__| **Téléphone :** |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__|

Autres bénéficiaires du contrat

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (15 CHIFFRES)
CONJOINT / CONCUBIN			|__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| |__||__|
ENFANTS À CHARGE (-28 ANS)			|__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| |__||__|
			|__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| |__||__|
			|__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| |__||__|

Joindre **obligatoirement** une photocopie de l'attestation de la CPAM, un RIB de l'assuré principal et la copie du certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans.

Télétransmission automatique entre votre Sécurité Sociale et SG Santé

Souhaitez-vous bénéficier de la télétransmission directe entre la Sécurité sociale et SG Santé ?

- Pour vous-même : oui |__| non |__|
- Pour votre conjoint ou assimilé : oui |__| non |__|
- Pour vos enfants : oui |__| non |__|

Option choisie et tarifs mensuels :*

TRANCHES AGE Tarif en âge à l'adhésion	OPTION 1 - Équilibre	OPTION 2 - Confort	OPTION 3 - Optimal	SUR COMPLEMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
71 À 75 ANS	127,45 € ☐	166,27 € ☐	202,81 € ☐	14,76 € ☐	29,52 € ☐
66 À 70 ANS	117,98 € ☐	148,38 € ☐	174,84 € ☐	14,76 € ☐	29,52 € ☐
61 À 65 ANS	104,32 € ☐	130,68 € ☐	153,51 € ☐	13,05 € ☐	26,10 € ☐
56 À 60 ANS	93,21 € ☐	116,31 € ☐	136,24 € ☐	11,66 € ☐	23,32 € ☐
51 À 55 ANS	84,74 € ☐	105,35 € ☐	123,11 € ☐	10,60 € ☐	21,20 € ☐
46 À 50 ANS	77,02 € ☐	95,61 € ☐	111,53 € ☐	9,64 € ☐	19,28 € ☐
41 À 45 ANS	70,01 € ☐	87,03 € ☐	101,46 € ☐	8,76 € ☐	17,52 € ☐
36 À 40 ANS	63,41 € ☐	79,23 € ☐	92,45 € ☐	7,93 € ☐	15,86 € ☐
DE 18 À 35 ANS	57,06 € ☐	71,96 € ☐	84,40 € ☐	7,14 € ☐	14,28 € ☐
ENFANTS -18 ANS	33,63 € ☐	45,57 € ☐	55,10 € ☐	4,21 € ☐	8,42 € ☐

* **Tarifs actuels :**
Ils sont valables pour les adultes jusqu'à 75 ans à la souscription par différence de millésimes.

** **Enfants :** jusqu'à 28 ans si études / enfant handicapé couvert gratuitement si parents adhérents payant / gratuité au 3ème enfant.

Ce document entraine votre adhésion à l'Association K2L, souscriptrice des contrats frais de santé (cotisation de 10 € par an).

Ce bulletin est à retourner complété, daté et signé à :
AFL CONSEIL
15 RUE D'HAUTEVILLE
75010 PARIS

Signature de l'assuré