l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Engagement de paiement des participations financières

Je soussigné(e) [Nom et Prénom] : _____

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | |

déclare régler les participations financières dues par mon foyer et déterminées lors de mon adhésion ou de mon renouvellement à la Complémentaire santé solidaire, selon le mode suivant :

Cocher la case correspondant à votre choix :

☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre de Monsieur le Directeur Comptable et Financier de la CPAM du Bas-Rhin
Important : au dos du chèque, indiquer « ADHESION Complémentaire santé solidaire + VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE »

☐ Virement bancaire sur le compte suivant
IBAN : FR76 1180 8009 2300 0200 1310 123 – CODE BIC : CMCIFRPA

Important : dans le motif du virement, indiquer « ADHESION Complémentaire santé solidaire + VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE ». Je joins à la présente lettre la copie du 1er avis de virement

☐ Paiement en espèces

Je m'engage pendant la durée de mon adhésion annuelle à régler les échéances mensuelles en utilisant le même mode de paiement.

Un échéancier vous sera adressé à réception de cette lettre d'engagement et du montant de la 1ère échéance.

Fait à _____ **Le** ____/____/_____

Signature

Imp 1064 - 02/22