



PRAGA

# Adhésion PRAGA Agent Général d'Assurance

Garantie Frais de Santé PRAGA 100 %  
Rente de Conjoint Survivant (RCS)  
Rente Éducation (RED)

**(L'adhésion PRAGA est soumise à l'adhésion CAVAMAC)**

Ce formulaire est à retourner à :

### PRAGA

Service Santé et Prévoyance  
30, rue Olivier Noyer  
CS N° 51432  
75676 Paris cedex 14

## Votre situation personnelle

Votre numéro de Sécurité sociale

Clé

**Votre référence PRAGA** (N° identique à CAVAMAC)

Votre nom marital .....

Votre nom de naissance .....

Vos prénoms .....

Vos date et lieu de naissance       à .....

Département : .....

Pays : .....

## Vos coordonnées

### Votre Adresse professionnelle

### Votre Adresse personnelle

Nom de l'agence : .....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_

Ville.....

Ville.....

Tél. : \_ \_ \_ \_ \_

Tél. : \_ \_ \_ \_ \_

Fax : \_ \_ \_ \_ \_

Fax : \_ \_ \_ \_ \_

Port. : \_ \_ \_ \_ \_

Port. : \_ \_ \_ \_ \_

### L'adresse mail sur laquelle vous souhaitez être contacté :

.....@.....

Nous avons mis en place une télétransmission de vos données santé entre PRAGA et APRIA R.S.A., organisme chargé du remboursement des frais de santé, afin que vos remboursements soient effectués dans les meilleurs délais. Pour nous permettre de communiquer les éléments relatifs à votre dossier à APRIA R.S.A., **nous vous remercions de joindre à ce formulaire votre Attestation de droit à l'assurance maladie ainsi que celle de vos ayants-droit.**

## Votre situation familiale

Célibataire

En concubinage depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pacsé(e) depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Marié(e) depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Séparé(e) de corps depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Divorcé(e) depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Veuf(ve) depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

