



BULLETIN D'ADHÉSION 2007

Syndicat des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs

ISERE (38)

13B RUE HENRI BARBUSSE
38600 FONTAINE
Tél : 04 76 62 80 18
Fax : 04 74 86 71 95

Nom – Prénom :		CADRE RÉSERVÉ A LA F.F.M.K.R.
Nom de jeune fille :	Date de naissance : Année D.E :	
Adresse professionnelle ou Cachet :	Téléphone :	Bordereau n°: Enregistré le :
	Mobile :	
	E-Mail :	
	Noms de vos associés (le cas échéant) :	

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.
Conformément à la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, dite "Informatique et Libertés", vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

1. COTISATIONS

cochez la case correspondant à votre situation et remplissez le cadre 1 au verso du document

	Quote-part Fédérale	Quote-part Syndicale	TOTAL A RÉGLER
<input type="checkbox"/> Exercice Individuel	227.00	72.00	299.00 €
<input type="checkbox"/> Groupe (même adresse professionnelle, adhésion d'au moins deux kinésithérapeutes)	195.00	58.00	253.00 €
<input type="checkbox"/> Conjoint (même nom ou joindre attestation de vie commune)	195.00	58.00	253.00 €
<input type="checkbox"/> Plus de 60 ans	195.00	58.00	253.00 €
<input type="checkbox"/> Première adhésion (kinésithérapeute n'ayant jamais adhéré)	149.00	45.00	194.00 €
<input type="checkbox"/> Jeune diplômé(e) 2005 et 2006	121.00	28.00	149.00 €
<input type="checkbox"/> Salarié(e)	88.00	28.00	116.00 €
<input type="checkbox"/> Étudiant(e) de 3ème année (Joindre le certificat de scolarité) (1)	15.00	8.00	23.00 €
<input type="checkbox"/> Retraité(e)	88.00	28.00	116.00 €

Une assurance décès est comprise dans la cotisation. Préciser impérativement le bénéficiaire au verso de ce document.

2. RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE ET PROTECTION JURIDIQUE

En qualité de syndiqué(e), je souhaite souscrire à l'assurance suivante

Cochez la case correspondant à votre situation et remplissez le cadre 2 au verso du document

<input type="checkbox"/> A compter de la date de réception, la souscription ANNUELLE (correspondant à 98 € pour la RCP et 32 € pour la PJ) effectuée entre le 1 ^{er} janvier 2007 et le 30 juin 2007 (au lieu de 169,20 €).	130.00 €
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} installation (3). A compter de la date de réception, la souscription ANNUELLE (correspondant à 49 € pour la RCP et 16 € pour la PJ) effectuée entre le 1 ^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2007.	65.00 €

Cotisation Syndicale + Responsabilité Civile (Total 1 + 2) €

Ci-joint, un chèque bancaire/postal n° de Euros à l'ordre de la FFMKR ou joindre le premier formulaire « Demande et Autorisation de prélèvement » dûment complété et signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire si vous désirez payer par prélèvement.

3. ABONNEMENT

En qualité de syndiqué(e), je bénéficie d'un tarif préférentiel et je m'abonne pour un an à :

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter le service des abonnements au 01 44 83 46 50

<input type="checkbox"/> Kiné Actualité (42 numéros) au lieu de 120 €	100.00 €
<input type="checkbox"/> Kiné Scientifique (11 numéros) au lieu de 110 €	96.00 €
Abonnement (Total 3) <input type="text"/> €	

Ci-joint, un chèque bancaire/postal n° de Euros à l'ordre de la SPEK ou joindre le second formulaire « Demande et Autorisation de prélèvement » dûment complété et signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire si vous désirez payer par quatre prélèvements trimestriels (4 x 25 € pour KA et 4 x 24 € pour KS).

4. EN QUALITÉ(E) DE SYNDIQUÉ(E), JE BÉNÉFICIE AUSSI DE TARIFS PRÉFÉRENTIELS A L'AGAKAM

Le trésorier du syndicat départemental vous demande de retourner ces documents à
FFMKR - Service Cotisations - 3, rue Lespagnol - 75020 Paris

1 – ASSURANCE DÉCÈS COMPRISE DANS LA COTISATION Bénéficiaire en cas de décès (à remplir impérativement)

Je, soussigné(e), **Nom (en majuscule)** : Masseur- Kinésithérapeute

Prénoms : **Nom de jeune fille** :

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

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Désigne, en cas de décès, comme **bénéficiaire (ou à défaut mes ayants droits) du versement de 4.575 €** résultant de l'assurance (2) contractée auprès de PREDICA - Assurance de personne par le paiement de ma cotisation :

M. Mme Mlle **Nom (en majuscules)** :

Prénoms : **Nom de jeune fille** :

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Fait à : **le** : **Signature** :

(1) n'incluant pas l'assurance décès.

(2) Exclusions :

Le suicide au cours de la première année suivant l'admission aux garanties ;

La guerre étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;

Le saut à l'élastique ;

Pour l'aviation :

● *Les accidents si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valable ;*

● *Les compétitions, démonstrations acrobatiques, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototypes, la pratique du deltaplane, des aéroplanes ultra-légers motorisés (U.L.M.)*

2 – 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 Médicale de France, veuillez cocher les cases qui suivent

M. Mme Mlle **Nom** :

Prénom : **Nationalité** :

Sexe : M F **Date de naissance** : **Situation de famille** :

Date d'obtention du diplôme :

La garantie est délivrée pour les seules activités relevant de l'exercice légal dévolu par décret de compétences aux masseurs-kinésithérapeutes. L'ostéopathie est considérée comme faisant partie de cet exercice légal.

Êtes-vous en phase de 1^{ère} installation libérale (3) ? oui non **Date d'installation** :

Adresse professionnelle :

Code postal : **Ville** : **Téléphone** :

Je souhaite adhérer au contrat-groupe RCP-PJ souscrit par la FFMKR auprès de La Médicale de France

ANTECEDENTS - à remplir impérativement pour que la garantie puisse produire ses effets

Avez-vous déjà été assuré pour votre Responsabilité Civile Professionnelle ? : oui non

Si oui, auprès de quelle Compagnie ? : N° du contrat :

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 :

A 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** :

(3) Il faut entendre par 1^{ère} installation libérale la période durant laquelle le praticien relève pour la 1^{ère} fois du statut libéral, soit du fait d'une 1^{ère} installation, soit parce qu'il intègre une structure qui lui confère ce statut. A ce titre, un praticien remplaçant n'est pas considéré comme en phase de 1^{ère} installation libérale