



## Formulaire d'adhésion Kimya

### Programme de fidélité Santé pour particuliers Médecins de Nuit

Le droit d'accès au programme *Kimya* est ouvert pour vous et pour chacun de vos dépendants affiliés dans le présent formulaire.

La convention couvre un maximum de 5 personnes dont vous-même, votre conjoint(e), vos enfants, de vos parents ou tout autre personne que vous souhaitez affilier. Votre programme de fidélité couvre sans limite d'âge, ni de nombre de dépendants (enfants, ascendants : parents, grands-parents ; ...).

Des frais additionnels au-delà du 5ème membre de votre programme Kimya Santé.

Chaque membre à affilier devra se présenter pour la capture.

### COMPOSITION DE VOTRE PROGRAMME FAMILIAL KIMYA SANTE :

INFORMATIONS PERSONNELLES DU DEMANDEUR			
Nom :	Post-nom :	Prénom :	
Date de naissance :	/ j j / m m / a a a a /		
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	
Nationalité :			
Etat civil :	célibataire <input type="checkbox"/>	marié(e) <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>
Adresse :			
Numéros de téléphone :			
Adresse email :			

IDENTITE DES PERSONNES SOUS-COUVERTURE CONJOINT (E)		
Nom :	Post nom :	Prénom :
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	/ j j / m m / a a a a /	

DEPENDANTS (MAXIMUM COUVERT PAR LA CONVENTION : 4)		
Nom :	Post nom	Prénom
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	/ j j / m m / a a a a /	
Lien de parenté :		
Nom :	Post nom	Prénom
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	/ j j / m m / a a a a /	
Lien de parenté :		
Nom :	Post nom	Prénom
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	/ j j / m m / a a a a /	
Lien de parenté :		
DEPENDANTS SUPPLEMENTAIRES		
Nom :	Post nom	Prénom
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	/ j j / m m / a a a a /	
Lien de parenté :		



TYPES DE CONVENTION KIMYA SANTE :

	Consultation Médecine Générale	Laboratoire	Imagerie	Hospitalisation Et maternité*	Pharmacie	Urgences et Soins intensifs	Aide Médicale a domicile et Ambulance
KIMYA 1	Remise 50 %	Remise 10%	Remise 10%	Remise 10 %	Remise 10 %	Remise 5%	Non dispo
KIMYA 2	Remise 50 %	Remise 15%	Remise 15%	Remise 12 %	Remise 15 %	Remise 10%	Remise 10 %
KIMYA 3	<b>GRATUIT</b>	Remise 20%	Remise 20%	Remise 15%	Remise 18%	Remise 15%	Remise 15 %

\* ACCOUCHEMENT : Vous avez la possibilité d'ouvrir un compte grâce à la carte Kimya en prévision de la naissance de votre futur bébé.

FRAIS D'AFFILIATION AU PROGRAMME DE FIDÉLITÉ KIMYA SANTE

	Affiliation	Carte d'adhérant
KIMYA 1	<b>100 USD/semestre</b> Couverture 5 membres	5 cartes de membre ; GRATUIT
Extra Kimya 1	<b>30 USD/semestre /membre supplémentaire</b>	<b>5 USD/carte /membre supplémentaire/an</b>
KIMYA 2	<b>200 USD/semestre</b> Couverture 5 membres	5 cartes de membre ; GRATUIT
Extra Kimya 2	<b>40 USD/semestre /membre supplémentaire</b>	<b>7 USD/carte /membre supplémentaire/an</b>
KIMYA 3	<b>300 USD/semestre</b> Couverture 5 membres	5 cartes de membre ; GRATUIT
Extra Kimya 3	<b>50 USD/semestre /membre supplémentaire</b>	<b>10 USD/carte /membre supplémentaire/an</b>

Je confirme avoir pris connaissance des conditions générales du programme de fidélité *Kimya* en annexe

Je choisis d'adhérer au programme : veuillez cocher l'une des 3 assertions.

1. Kimya 1       Extra Kymia 1 : 1 personne     2 personnes       autres
2. **Kimya 2**       Extra Kimya 2 : 1 personne     2 personnes       autres
3. **Kimya 3**       Extra Kimya 3 : 1 personne     2 personnes       autres

Fait à Kinshasa, le ...../...../20.....