

à retourner à :
REPAM - Service de gestion santé
TSA 29653 - 38040 GRENOBLE Cedex 9

VOTRE CORRESPONDANT

Email :
 N° de code :

Adhésion nouvelle Modification d'Adhésion N°

Envoyé le : _____ par : Fax Email Souscription en ligne

Email : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Département : _____

Pays de naissance : _____ Nom de naissance : _____

Profession : _____ Tél : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation de famille : Marié/Pacsé Concubin Célibataire Divorcé/Séparé Veuf

N° Sécurité sociale M^r : _____ N° d'organisme : _____

N° Sécurité sociale M^{me} : _____ N° d'organisme : _____

SANTÉ INDIV' 2018/2019

	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Sécurité Sociale	Alsace Moselle	Ile de France
Adhérent				M F			
Conjoint				M F			
1 ^{er} enfant				M F			
2 ^{ème} enfant				M F			
3 ^{ème} enfant				M F			
4 ^{ème} enfant				M F			

NIVEAUX

ECO	02	03	04	05	06
-----	----	----	----	----	----

MODE DE PAIEMENT

Périodes	Prélèvement	Chèque
Annuelle		
Semestrielle		
Trimestrielle		Impossible
Mensuelle		Impossible

Echéance principale : 1^{er} janvier

DATE DE PRÉLÈVEMENT

10 15

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion.

COTISATION

Garantie de base		€
Majorations :	%	€
Minorations :	%	€
PRIME RETENUE		€
Frais d'échéance *		2.30 €
TOTAL TTC / mois		€
Cotisation annuelle totale TTC		€
Droit unique d'entrée (à l'Association des Assurés de Répam)		20 €
Acompte versé ce jour à REPAM (sauf si démarchage à domicile)		€

* si prélèvement mensuel choisi

Je souhaite recevoir mes décomptes de remboursements par E-mail
 Je souhaite recevoir mes appels de cotisations par E-mail

Vérifiez que vous avez bien renseigné votre adresse e-mail.

RENONCIATION À L'ADHÉSION

Conformément aux articles L. 121-16 et suivants du code de la consommation, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à REPAM selon modèle de lettre qui suit :

Je soussigné(e)..... (nom, prénom) demeurant..... (adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n°..... (inscrire le numéro) que j'ai souscrit le..... (date).
 Date..... Signature du Souscripteur

Le contrat proposé est un contrat responsable. Il favorise le remboursement des actes réalisés dans le cadre du parcours de soins et permet le bénéfice éventuel d'avantages fiscaux et/ou sociaux.

Visa de l'intermédiaire

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés de REPAM ainsi qu'aux conventions n°2017INDIV100 - SANTE INDIV' 2018/2019 (garanties Santé) et n°126311/769 (garanties assistance) souscrites par elle auprès de MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (Siège social : 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité) et de GARANTIE ASSISTANCE (Siège social : 108, bureaux de la Colline 92 210 Saint-Cloud, SA régie par le code des assurances au capital de 1 850 000 €, RCS 312517493), pour moi-même et éventuellement mes «ayants droit». Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, des conditions générales des garanties, et avoir conservé la notice des conditions générales jointe à la demande d'adhésion et en avoir accepté les dispositions. Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur (étant bien entendu que les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration). Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document m'ouvrent le droit d'accès au fichier, ou de rectification, prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et peuvent être communiquées à toute personne intervenant à titre professionnel dans la gestion et l'exécution des Conventions d'Assurance de groupe référencées au présent bulletin. Je déclare avoir pris connaissance que la CPAM est destinataire d'un certain nombre d'informations et que je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par la CPAM de l'image reflet de mes décomptes de sécurité sociale à REPAM.

PIÈCES À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHÉSION :

- Justificatifs des garanties précédentes, si nécessaire.
- R.I.B. pour le virement des prestations (si différent de celui des prélèvements).
- Photocopie de l'attestation vitale d'assuré social du ou des assurés(s).
- **Mandat de prélèvement SEPA, au dos de la 1^{ère} feuille, dûment complété et signé.**

Je certifie l'exactitude des informations communiquées ci-dessus (toutes réticences ou fausses déclarations intentionnelles peuvent entraîner la nullité du contrat en application aux articles L 221-14 et L 221-15 du code de la mutualité). Je certifie avoir pris connaissance des textes ci-dessus.

A _____ le _____
 Signature de l'adhérent
 (mention «lu et approuvé»)

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez REPAM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de REPAM.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER

REPAM
217 Cours Lafayette
CS 50313
69451 LYON Cedex 06

IDENTIFIANT CRÉANCIER SÉPA

FR89ZZZ420164

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT

(NE PAS REMPLIR)

LE DÉBITEUR (veuillez compléter les champs suivants en majuscules)

Nom / Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Coordonnées bancaires du compte à débiter (**Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire**) :

IBAN :

BIC :

LE TIERS-DÉBITEUR (si différent du DÉBITEUR)

Nom / Prénom :

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom.

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à :

Le :

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature :

À retourner à :

REPAM
Service de gestion santé
TSA 29653
38040 GRENOBLE Cedex 9