



à retourner à :
REPAM - Service de gestion santé
 217 Cours Lafayette - CS 50313
 69451 LYON Cedex 06

VOTRE CORRESPONDANT

Email :
 Code :

Adhésion nouvelle Modification d'adhésion N° :
 Cette adhésion s'inscrit-elle dans le cadre de la résiliation infra-annuelle ? Oui Non
 Si oui, références du contrat actuel : nom et adresse de l'assureur :
 N° de contrat : Date d'effet :
Si vous souhaitez que nous gérons la résiliation de votre contrat actuel pour votre compte, merci de compléter le mandat.

Email* :
 Nom : Nom de naissance :
 Prénom : Né(e) le :
 à : Département : Pays de naissance :
 Tél :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Situation de famille : Marié/Pacsé Concubin Célibataire Divorcé/Séparé Veuf
 N° Sécurité sociale Adhérent : N° d'organisme :
 N° Sécurité sociale Conjoint : N° d'organisme :

* En nous communiquant votre adresse mail, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Vous pouvez y mettre fin à tout moment.

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			

CONDITIONS D'ADHÉSION : pour pouvoir souscrire au contrat SANTÉ SURCO, vous devez être adhérent au contrat SANTÉ PARTICULIER.

Niveaux minimums requis sur le contrat SANTE PARTICULIER pour souscrire un ou plusieurs modules de SANTE SURCO :

Surco Sérénité : niveau 2 • Surco Sérénité + : niveau 3 • Surco Confort ou Confort + : niveau 1

A SANTÉ PARTICULIER Contrat complémentaire responsable

NIVEAUX CHOISIS

01	02	03	04	05	06
----	----	----	----	----	----

COTISATION

Adhérent	
Conjoint	
Enfant(s)	
COTISATION TOTALE	
Frais d'échéance *	2 € 30
Cotisation TTC / mois	
Cotisation TTC / an	
Droit unique d'entrée (à l'Association des Assurés de Répam)	20 €

* si prélèvement mensuel choisi

B SANTÉ SURCO Contrat complémentaire non responsable

MODULES CHOISIS

SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ+	CONFORT	CONFORT+
----------	-----------	---------	----------

COTISATION

Cotisation de base	
Majoration Ile de France + 25%	
Cotisation TTC / mois	
Cotisation TTC / an	

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Date anniversaire figurant sur le certificat d'adhésion

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion.
Santé PARTICULIER : **Santé SURCO (si postérieur) :**

MODE DE PAIEMENT

Période	Prélèvement	Chèque
Annuelle		
Semestrielle		
Trimestrielle		Impossible
Mensuelle		Impossible

DATE DE PRÉLÈVEMENT

10 15

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.

*Je demande mon adhésion à l'Association des assurés de Repam ainsi qu'aux conventions n°2022INDIV-SANTE PARTICULIER, et le cas échéant n°2022INDIV-SANTE SURCO, souscrites par elle auprès de MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (pour les garanties santé) et à la convention n°126311/679 souscrite par elle auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL (pour les garanties assistance) à compter du lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par Repam, pour moi-même et éventuellement mes ayants droit.
 *Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit.
 *Je déclare avoir pris connaissance de la Notice valant conditions générales référencée SANTE PARTICULIER 09/2022, et le cas échéant SANTE SURCO 09/2022, dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés de Repam joints à la Notice.
 Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.
 *J'atteste que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par la notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans la notice.
 *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.
 *Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document m'ouvrent le droit d'accès aux fichiers, de rectification, d'interrogation, de portabilité des données, un droit à l'oubli, un droit à la limitation du traitement, le droit de retirer mon consentement ainsi qu'un droit d'opposition pour motif légitime et à la prospection, prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique complétée par le règlement européen de protection des données (RGPD), 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 être informé(e) que REPAM met en œuvre des traitements de données à caractère personnel afin de lui permettre d'assurer la gestion, la facturation, le suivi des contrats de ses assurés et pour répondre à ses obligations légales et réglementaires. (notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme)

Les données à caractère personnelles recueillies par REPAM sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel. Ces données sont destinées à Repam et à l'organisme assureur en tant que responsables des traitements. Elles pourront être transmises à leurs sous-traitants ou aux autorités publiques, en fonction des finalités des traitements.
 Les données personnelles collectées se limiteront aux seules informations que REPAM jugera utiles, pertinentes et strictement nécessaires à l'exécution de la gestion du contrat d'assurance. Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.
 En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale.
 *Par ailleurs, j'atteste être informé que REPAM est susceptible d'enregistrer les conversations téléphoniques à des fins d'analyses et de suivi de la relation clients.
 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 L221-14 et L221-15 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).

PIÈCES À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHÉSION :

- 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 assuré(s).
- Le cas échéant, mandat nous permettant de gérer la résiliation.
- Mandat de prélèvement SEPA, au dos de la 1^{ère} feuille, dûment complété et signé.
- Justificatifs pour les enfants de plus de 21 ans ou souffrant de handicap.
- Justificatifs des garanties précédentes, si nécessaire.

Visa de l'intermédiaire

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

le

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
217 Cours Lafayette
CS 50313
69451 LYON Cedex 06

INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION

77.33 %

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

18.11 %

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.