

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

VOTRE CORRESPONDANT

Email :
 Code :

Adhésion nouvelle Modification d'Adhésion N°

Envoyé le : par : Fax Email

Email * :

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Né(e) le :

à : Département : Pays de naissance :

Tél :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Sécurité sociale : 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.

VOTRE PROFESSION (1)

Profession médicale Agent et courtier d'assurances Géologue

Précisez :

Profession paramédicale Architecte Géomètre

Précisez :

Conseil Avocat Graphiste

Précisez :

Autre (Sous réserve d'acceptation par l'assureur) Diététicien Ingénieur conseil

Précisez :

Expert comptable Notaire

Expert judiciaire

(1) La liste des professions couvertes figure en annexe de la notice valant Conditions Générales.

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

Cotisation TTC / mois €

Cotisation annuelle totale TTC €

Droit unique d'entrée

(à l'Association des Assurés de Repam) **20 €**

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

Je demande mon adhésion à l'Association des assurés de Repam ainsi qu'à la convention n°2018INDIV-SANTÉ AT/MP souscrite par elle auprès de MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (Siège social : 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Hères, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité), à compter du lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par Repam.

*Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, des conditions générales des garanties référencées 03/2019, avoir conservé la notice valant conditions générales jointe à la demande d'adhésion et en avoir accepté les dispositions.

*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 profession-

nel dans la gestion et l'exécution de la Convention d'assurance de groupe référencée au présent bulletin.

*Je déclare être informé(e) que l'assureur 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.

Je déclare donner mon accord exprès pour l'utilisation de mes données personnelles collectées, dans la limite des traitements nécessaires à la gestion du contrat d'assurance.

Les données personnelles collectées se limiteront aux seules informations que l'assureur jugera utiles, pertinentes et strictement nécessaires à l'exécution de la gestion du contrat d'assurance.

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 :

- Justificatif de votre statut de travailleur non salarié.
- R.I.B. pour le virement des prestations (si différent de celui des prélèvements).
- Photocopie de l'attestation vitale d'assuré social.
- Mandat de prélèvement SEPA, au dos de la 1^{ère} feuille, dûment complété et signé.

Visa de l'intermédiaire



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 :

Médirisq
11 Place Victor Hugo
CS 10630
38026 Grenoble Cedex 1