DEMANDE D'ADHESION

REPAM TNS 2015 / 2016

à l'Association des Assurés de REPAM
65, Bd Vivier-Merle
69482 LYON Cedex 03
Tél : 04 72 33 03 03
Fax : 04 72 33 09 71

VOTRE CORRESPONDANT

N° de Code : _____

☐ Adhésion nouvelle Modification adhésion N° _____ Faxé le : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Né(e) le : _____ Profession : _____ Tél : _____

Situation de famille : ☐ C ☐ M ☐ P ☐ S ☐ D ☐ U ☐ V Nbre d'enfants à charge : _____

N° Sécurité Sociale Mr : _____ N° d'organisme : _____

N° Sécurité Sociale Mme : _____ N° d'organisme : _____

☐ RAM / GAMEX ☐ Autres

REPCGTNS2015/2016PP

	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	TNS*	Agric.*	Conjoint et enfants S.S.	Conjoint et enfants Alsace Moselle	59 - 62 Ile de Fr. (sauf 77)
Adhérent				☐ M ☐ F	☐	☐	☐	☐	
Conjoint				☐ M ☐ F	☐	☐	☐	☐	
1er enfant				☐ M ☐ F	☐	☐	☐	☐	☐
2ème enfant				☐ M ☐ F	☐	☐	☐	☐	
3ème enfant				☐ M ☐ F	☐	☐	☐	☐	
4ème enfant				☐ M ☐ F	☐	☐	☐	☐	

** joindre obligatoirement l'attestation vitale*

NIVEAUX

☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 05	☐ 06

COTISATION MENSUELLE

Garantie de base		_____ € ___
Majorations :	_____ %	_____ € ___
Minorations :	_____ %	_____ € ___
PRIME RETENUE		_____ € ___
Frais d'échéance		2 € 30
TOTAL TTC / MOIS		_____ € ___
Droit unique d'entrée		**20 €**
Acompte versé ce jour à REPAM (sauf si démarchage à domicile)		_____ €

MODE DE PAIEMENT

Périodes	Prélèvement	Chèque
Annuelle	☐	☐
Semestrielle	☐	☐
Trimestrielle	☐	Impossible
Mensuelle	☐	Impossible

DATE DE PRELEVEMENT

☐ **10** ☐ **15**

DATE D'EFFET SOUHAITEE

_____

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

Souhaitez-vous recevoir vos décomptes sur E-mail ? Si oui : ☐ E-mail (écrire très lisiblement) _____

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'article L. 112-9-1 du code des assurances, 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 ..... (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 souscrites par elle auprès de AVIVA-AMIS et de GARANTIE ASSISTANCE à compter du lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par l'Association REPAM, 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. 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances 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.

Avant de retourner votre demande d'adhésion, vérifiez :

- Que les justificatifs des garanties précédentes soient joints, si nécessaire.
- Le R.I.B. pour le virement des prestations *(si différent de celui des prélèvements)*
- La photocopie de l'attestation vitale d'assuré social du ou des assuré(s)
- **Que le mandat de prélèvement SEPA, au dos, soit signé**

Je certifie l'exactitude des informations communiquées ci-dessus (toutes réticences ou fausses déclarations intentionnelles peuvent entraîner la nullité du contrat en application de l'article L 113-8 du Code des assurances). Je certifie avoir pris connaissance des textes ci-dessus.

A _____ le _____

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

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A SIGNER (VOIR AU DOS) ▶ ▶ ▶

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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.

CREANCIER

REPAM
65 Boulevard Vivier Merle
69482 LYON CEDEX 03

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR89ZZZ420164

REFERENCE UNIQUE DE MANDAT
(NE PAS REMPLIR)

LE DEBITEUR (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-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR)

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
65 Boulevard Vivier Merle
69482 LYON CEDEX 03

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.