SMEREP

BULLETIN D'ADHÉSION ANNUELLE : MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE OU PACK SMEREP 2015 / 2016

Merci de remplir ce bulletin au stylo bille en lettres capitales, **de le signer et de l'envoyer à : SMEREP - Service Adhésions - 16 boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy Cedex.**
Joignez impérativement un RIB pour le remboursement de vos soins, quel que soit le mode de règlement choisi, une copie de votre pièce d'identité et de votre carte d'étudiant. Si en cours d'année des informations vous concernant changent, merci de nous en informer.

Cadre réservé à la SMEREP

Origine | Lieu | Code opé. | Agent

Bulletin d'adhésion valable jusqu'au 31/12/2015

VOUS :

N° d'identifiant SMEREP : .....

☐ Mme ☐ M.

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

N° tél. : Domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (jour / mois / année)

Lieu de naissance : ..... Dpt : |_|_| Pays : .....

Nationalité : .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CAS PARTICULIER "NON ÉTUDIANT"

Vous n'êtes pas étudiant(e) et vous souhaitez être rattaché(e) à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire Pacs qui est adhérent à la SMEREP :

Nom de l'adhérent SMEREP : .....

Prénom de l'adhérent SMEREP : .....

Son n° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si vous êtes rattaché à un autre centre de Sécurité sociale que le Centre 617- SMEREP, souhaitez-vous bénéficier de la transmission automatique de vos remboursements entre votre centre de Sécu et votre mutuelle SMEREP ? ☐ oui ☐ non
N'oubliez pas de nous faire parvenir une copie de votre attestation de droits en cours de validité, ainsi que celle de votre éventuel conjoint ou concubin.

VOTRE ÉTABLISSEMENT D'ÉTUDES SUPÉRIEURES :

Nom : .....

.....

Adresse : .....

.....

Êtes-vous dans votre dernière année d'études ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

VOS BÉNÉFICIAIRES :

Nom(s)	Prénom(s)	Sexe F / M	Nationalité	Date de naissance	Lieu de naissance	Dpt.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	

Pour vos bénéficiaires, n'oubliez pas de joindre une copie de leur pièce d'identité, ainsi qu'une copie de votre livret de famille ou acte de mariage / acte de naissance.

COCHEZ LA GARANTIE SOUHAITÉE :

(même mutuelle pour vous et les enfants inscrits sur ce bulletin d'adhésion)

Les Offres	Tarif annuel adulte	Tarif annuel enfant -50 %
Indispensable SMEREP	☐ 99 €	☐ 49,50 €
Médiane SMEREP	☐ 324 €	☐ 162 €
Totale SMEREP	☐ 588 €	☐ 294 €
Offre imaginaire R	☐ 1 mois offert sur la mutuelle*	
Sur-mesure SMEREP	En vente exclusivement sur www.smerep.fr et en accueil	
PACK SMEREP seul	☐ 27 €	
Cadre réservé à la SMEREP	Date d'effet Mutuelle : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Date d'effet PACK SMEREP : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|	

* **Sous réserve de fournir les pièces justificatives,** offre réservée uniquement aux étudiants qui adhèrent à une mutuelle Indispensable, Médiane ou Totale SMEREP 2015-2016 et qui sont détenteurs d'une carte Navigo et Bons Plans « imagine R » 2015-2016 (Voir l'ensemble des conditions de l'offre prévues au Réglement Mutualiste et Notices d'informations réferencés SMEREP 2015).

VOTRE MODE DE PAIEMENT :

☐ **Paiement comptant :** Payez votre cotisation en remplissant l'encadré "VOTRE RÈGLEMENT" ci-dessous.

OU

☐ **Paiement par prélèvements** (à l'exception du PACK SMEREP)

Parce qu'une mutuelle est un investissement important, nous vous proposons de la payer mensuellement si vous adhérez **jusqu'au 31/12/2015 inclus. Vous payez un acompte incluant les deux premiers mois de cotisation au moment de votre adhésion + vos frais de prélèvements bancaires de 5 €.** Puis vous réglez par 10 prélèvements automatiques, le 10 de chaque mois à partir de décembre 2015. Ils peuvent être faits sur votre compte personnel ou sur celui d'un débiteur solidaire - vos parents, par exemple.

1 Cochez votre mutuelle SMEREP :

☐ **Indispensable SMEREP adulte : acompte de 21,50 € + 10 prélèvements de 8,25 €**
☐ **Indispensable SMEREP enfant : acompte de 8,30 € + 10 prélèvements de 4,12 €**
☐ **Médiane SMEREP adulte : acompte de 59 € + 10 prélèvements de 27 €**
☐ **Médiane SMEREP enfant : acompte de 27 € + 10 prélèvements de 13,50 €**
☐ **Totale SMEREP adulte : acompte de 103 € + 10 prélèvements de 49 €**
☐ **Totale SMEREP enfant : acompte de 49 € + 10 prélèvements de 24,50 €**
☐ **Offre imagine R :** 1 mois de garantie offert*

2 Payez votre acompte en complétant l'encadré "VOTRE RÈGLEMENT" ci-contre.

3 Complétez votre mandat de prélèvement Européen (SEPA) au verso.

*Voir l'ensemble des conditions de l'offre prévues au Réglement Mutualiste et Notices d'informations réferencés SMEREP 2015

VOTRE RÈGLEMENT : |_____| €

☐ **Espèces** (uniquement en accueil SMEREP)

Signature SMEREP — *BON POUR REÇU*

☐ **Chèque à l'ordre de la SMEREP**

☐ **Carte bancaire**

Titulaire : .....

N° de la carte bancaire : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Date d'expiration : |_|_| |_|_| (mois / année)

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (jour / mois / année) Signature :

PRISE DE CONNAISSANCE, VALIDATION ET SIGNATURE DE VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION :

Défaut de paiement : je reconnais être redevable à la SMEREP de la totalité du solde de ma cotisation. En cas d'incident du fait du titulaire du compte de domiciliation lors de la présentation d'une échéance de prélèvement, je reconnais à la SMEREP le droit :

- De suspendre le versement de toute prestation m'étant due, jusqu'au parfait paiement, dans le respect de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité.
- De me verser rétroactivement les prestations de la garantie effectivement acquittée.

La SMEREP met en œuvre un traitement, dont elle est responsable, de données à caractère personnel vous concernant à des fins de gestion de vos demandes d'adhésion, de gestion et de suivi de la relation avec ses adhérents et de l'exécution contractuelle, notamment des prestations et leur comptabilité, de gestion des réclamations, d'animation, de sélection et de prospection, de paiement et de recouvrement, de gestion et de suivi des liquidations, d'enquête, de sondage et de gestion de la satisfaction, de contrôle interne, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, de gestion du contentieux, et plus généralement à des fins d'exécution de ses obligations issues des dispositions légales, réglementaires et administratives.
Les réponses à ce bulletin sont toutes obligatoires. En leur absence, votre adhésion pourrait ne pas être validée ou son traitement retardé.
Les destinataires des données sont les services habilités de la SMEREP, ses prestataires techniques et les autorités habilitées à les connaître.
Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime au traitement des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à la prospection notamment commerciale. Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé, en s'adressant à la SMEREP - Service Informatique et libertés – 16, bd du Général Leclerc – 92115 CLICHY CEDEX.
☐ J'accepte de recevoir de la prospection par voie postale et par courrier électronique (mél, SMS, MMS,…) de la part de la SMEREP et de ses partenaires.
Par ailleurs, si vous ne souhaitez plus recevoir de courriers électroniques d'information de la SMEREP et de ses prestataires, vous pourrez en activant le lien présent dans chaque mél interrompre ces envois.

En signant le bulletin d'adhésion, vous acceptez expressément que des données à caractère personnel relatives à votre santé ainsi que, le cas échéant, en tant que titulaire de l'autorité parentale, celles relatives à vos enfants bénéficiaires, soient traitées dans le cadre de l'exécution des prestations liées au contrat, pour les opérations techniques nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations et pour lesquelles ces données doivent être obligatoirement traitées sous peine de ne pouvoir effectuer lesdites garanties ou prestations.

L'adhésion se renouvelle automatiquement pour 12 mois à compter de la date d'effet de votre garantie SMEREP, excepté si vous dénoncez votre adhésion conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité. Vous pouvez mettre fin à votre adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 30 juillet 2016, conformément aux dispositions des articles L. 221-10 et L. 221-10-1 du Code de la Mutualité.

J'ai pris connaissance des statuts, du Règlement Mutualiste et Notices d'informations référencés SMEREP 2015, consultables sur www.smerep.fr, disponibles dans les accueils SMEREP et par correspondance auprès de la SMEREP - Service Adhésions - 16, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy Cedex, et j'en accepte les conditions. **Conformément à l'article 4 Chapitre II Titre I du règlement mutualiste, vous avez la faculté de renoncer à votre demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la SMEREP - Service Adhésions - 16, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy Cedex - pendant un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à votre garantie SMEREP.**

Fait à : ..... Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (jour / mois / année) **Signature :**

N'OUBLIEZ PAS DE REMPLIR INTÉGRALEMENT LE BULLETIN D'ADHÉSION ET DE LE SIGNER.

À remplir uniquement si vous avez choisi le paiement par prélèvement mensuel, **en y joignant votre RIB.**

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT EUROPÉEN (SEPA)

SMEREP Sécu étudiante & Mutuelle

Référence Unique du Mandat : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SMEREP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, ou à la banque de votre débiteur solidaire (vos parents, par exemple) pour débiter son compte. Vous autorisez également votre banque à débiter votre compte (ou la banque du débiteur solidaire à débiter son compte), conformément aux instructions de la SMEREP. Attention, les comptes et les livrets d'épargne ne peuvent faire l'objet d'un prélèvement.

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

Veuillez compléter les champs marqués par un astérisque*

Titulaire du compte :

Nom * : .....
Nom / Prénom(s) du débiteur

Votre adresse * : .....
Numéro et nom de la rue

Code postal * : ☐☐☐☐☐ Ville * : .....

Pays * : .....

Les coordonnées de votre compte * : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : **SMEREP**

I.C.S : **F R 5 2 Z Z Z 3 9 6 8 7 1**
Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier : 16, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy CEDEX

Pays : France

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif (correspond à vos prélèvements mensuels) ☑ Paiement ponctuel ☐

Signé à * : ..... Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (jour / mois / année)
Lieu

Signature(s)* Veuillez signer ici :

À retourner avec votre bulletin d'adhésion à :
SMEREP
16, boulevard du Général Leclerc
92115 Clichy CEDEX

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

© SMEREP - **Document contractuel** - La Société Mutualiste des Étudiants de La Région Parisienne (SMEREP) - 16, boulevard du Général LECLERC - 92115 Clichy CEDEX, N° SIREN 775 684 780 est adhérente à l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance (UMGP), N° SIREN 316 730 662, soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.