

Vous n'êtes plus pris en charge par la mutuelle de vos parents ou vous devez faire face à de nouveaux besoins de santé ?

Vous pouvez maintenant adhérer à l'une de nos mutuelles complémentaires SMEREP, au tarif proraté et aux garanties adaptées pour les étudiants. Votre mutuelle complètera, en tout ou partie, le remboursement de vos frais de santé par la Sécurité sociale et vous assurera la sérénité dans vos études.

POUR ADHÉRER, C'EST SIMPLE !

1 CHOISISSEZ VOTRE MUTUELLE :
Parce que vous êtes unique, choisissez la mutuelle complémentaire qui vous correspond :

INDISPENSABLE SMEREP 8,25€/MOIS
Un mini prix pour se mettre à l'abri des imprévus santé.

MÉDIANE SMEREP 27,50€/MOIS
Une couverture tout confort, qui pense à tout + des forfaits.

TOTALE SMEREP 49€/MOIS
Parfaite pour une protection optimale + un max de forfaits.

SUR-MESURE SMEREP À partir de **15,10€/MOIS**
Composez vous-même les garanties de votre mutuelle en fonction de vos besoins de santé et de votre budget. La Sur-mesure est en vente exclusivement sur smerep.fr ou dans les accueils SMEREP.

RDV sur www.smerep.fr 

DATE D'EFFET DE VOTRE MUTUELLE

- Si vous n'aviez pas de mutuelle, votre mutuelle SMEREP prend effet le lendemain (à zéro heure) de votre date d'adhésion.
- Si vous étiez couvert jusqu'alors par une mutuelle et si vous êtes radié depuis moins d'un mois (sur présentation d'un certificat de radiation), votre mutuelle SMEREP prend effet le lendemain de la date de radiation de votre précédente couverture.

Vous recevrez votre carte mutuelle à l'issue de votre adhésion.

Dans tous les cas, votre mutuelle sera valable jusqu'au 30/09/2018 et reconduite tacitement tous les ans.

Vous pouvez consulter le détail des garanties sur le Règlement Mutualiste SMEREP 2017 en accueil ou sur smerep.fr.

Moins cher qu'une "mutuelle traditionnelle",
l'Indispensable SMEREP à 8,25€/mois seulement

2 REMPLISSEZ LE BULLETIN D'ADHÉSION EN PAGES 3 ET 4, PUIS SIGNEZ-LE.

3 JOIGNEZ VOTRE RÈGLEMENT :

- Soit du **montant total** par chèque à l'ordre de la SMEREP, en carte bancaire, ou en espèces (uniquement à l'accueil SMEREP de Saint-Michel).
- Soit du **montant de l'acompte** uniquement :
 - Si vous adhérez entre le 1^{er} janvier et le 15 février 2018 inclus pour une mutuelle 9 mois et que vous avez choisi le paiement mensuel.
 - Si vous adhérez entre le 1^{er} avril et le 15 mai 2018 inclus pour une mutuelle 6 mois et que vous avez choisi le paiement mensuel. Référez-vous en page 3 de cette brochure pour en connaître les modalités.

Si vous souhaitez que votre conjoint(e)* ou vos enfants bénéficient de votre mutuelle, ajoutez :

- **100% du montant** de votre cotisation, pour **votre conjoint(e)***.
- **50% du montant** de votre cotisation, pour chacun de **vos enfants mineurs (GRATUIT** pour les enfants nés durant l'année universitaire).

* Seul le conjoint/concubin/partenaire Pacs **non étudiant** peut être inscrit en qualité de bénéficiaire. S'il est étudiant, il doit adhérer en son nom propre (par bulletin d'adhésion séparé).

4 REMETTEZ VOTRE DOSSIER COMPLET À LA SMEREP.

(Voir paragraphe **CONTACTER LA SMEREP** ci-dessous)

ASSURANCES ÉTUDIANTES

PACK SMEREP

INCLUS DANS TOUTES NOS MUTUELLES SMEREP, il comprend les ASSURANCES ÉTUDIANTES essentielles :

- **Assurance Responsabilité Civile OBLIGATOIRE et Responsabilité Civile Médicale**, si vous êtes responsable d'un accident,
- + **Individuelle Accident** si vous êtes victime d'un accident,
- + Assistance voyages / déplacements / rapatriement,
- + Garantie hospitalisation accidentelle,
- + Les bons plans du Club SMEREP : invitations ciné, expos, festivals cadeaux, réductions partenaires...

Le PACK SMEREP peut être souscrit également "en SOLO" pour **2,25 €/MOIS** (soit 27€/an) seulement !

ASSURANCE ÉTUDIANTE SMEREP

Elle comprend le **MINIMUM D'ASSURANCES** (garanties incluses dans toutes nos mutuelles) :

- **Assurance Responsabilité Civile OBLIGATOIRE et Responsabilité Civile Médicale**, si vous êtes responsable d'un accident,
- + **Individuelle Accident** si vous êtes victime d'un accident,
- + Assistance voyages / déplacements / rapatriement.

Souscrivez à notre Assurance Étudiante pour **13 €/AN** seulement !



MY SMEREP

VOTRE ESPACE PERSONNEL ET GRATUIT SUR SMEREP.FR

- Alerte email et suivi de vos remboursements de soins.
- Téléchargement de votre attestation de Responsabilité Civile.
- Abonnement à la newsletter de la SMEREP.
- Renouvellement de votre adhésion à la mutuelle ou au PACK SMEREP.
- Changement de vos coordonnées postales, bancaires, email.

etc.

CONTACTER LA SMEREP

ou par Tchat 
 smerep.fr
Rubrique **CONTACT**

 **Téléphone : 01 56 54 36 34** - du lundi au samedi de 9h à 18h (20h le jeudi et 17h le samedi)

 **Nos accueils SMEREP** : liste à consulter sur smerep.fr, Rubrique « CONTACT/Nos points d'accueil »

 **Adresse postale UNIQUEMENT** pour l'envoi de vos courriers :
SMEREP - 16, Boulevard du Général Leclerc
92115 CLICHY CEDEX

LES MUTUELLES COMPLÉMENTAIRES SMEREP :

en remboursement, de tout ou partie, des taux de la Sécurité sociale

Pas d'augmentation de nos mutuelles Indispensable et Totale depuis 2014, et Médiane depuis 2016.



Remboursements Sécu + Mutuelle sur la base des tarifs de la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins (A) (B)	Taux Sécurité sociale	Indispensable SMEREP			Médiane SMEREP			Totale SMEREP			Sur-Mesure SMEREP À partir de 15,10€/mois
		8,25€/mois	27,50€/mois	49€/mois	9 mois	6 mois	3 mois	9 mois	6 mois	3 mois	
		74,25€	49,50€	24,75€	247,50€	165€	82,50€	441€	294€	147€	
SOINS COURANTS		Taux Sécurité sociale + Mutuelle									
CONSULTATION / VISITE À DOMICILE JUSTIFIÉE											
Généralistes (Médecin traitant et correspondant)	70%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	200%	200%	200%	
Spécialistes (Médecin traitant et correspondant) (1)	70%	100%	100%	100%	150%	150%	150%	200%	200%	200%	
Pharmacie 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Pharmacie 65%	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Pharmacie 30%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Pharmacie 15%	15%	15%	15%	15%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Analyses médicales	60%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Dentaire (soins et prothèses)	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Cure thermale	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Sage femme	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Radiologie / Actes médic. / Chirurgie sans hospici. (avec soins < 120 €)	70%	70%	70%	70%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Auxiliaires médicaux	60%	60%	60%	60%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Prothèses (hors dentaire), pansements, accessoires et petit appareillage (2)	60%	60%	60%	60%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Transport médical	65%	65%	65%	65%	100%	100%	100%	200%	200%	200%	
Optique acceptée par la Sécurité sociale	60%	60%	60%	60%	200%	200%	200%	500%	500%	500%	
HOSPITALISATION											
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	80 à 100%										
Forfait journalier hospitalier 18 €/jour et 13,50 €/jour pour la psychiatrie (3)		100%			100%			100%			
Participation assuré 18 €											
MES PARCOURS PRÉVENTION SANTÉ NOUVEAU											
Bien-être dans son assiette (4)											
Bien-être dans son corps (4)											
Bien-être dans sa tête (4)											
Bien-être ensemble (4)											
FORFAIT PRÉVENTION											
Détartrage (2 séances/année universitaire)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Dépistage Hépatite B		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Forfait vaccins (non remboursés par la Sécurité sociale) (5) (7)					67,50€	45€	22,50€	112,50€	75€	37,50€	
Consultation prévention (6)		37,50€	25€	12,50€	37,50€	25€	12,50€	37,50€	25€	12,50€	
Forfait prothèse auditive (7)					33,75€	22,50€	11,25€	150€	100€	50€	
Forfait cure de sevrage tabagique (7) (8)					22,50€	15€	7,50€	22,50€	15€	7,50€	
Forfait optique : montures, verres correcteurs, lentilles (7) (9)					37,50€	25€	12,50€	112,50€	75€	37,50€	
Forfait opération myopie pour les 2 yeux (7) (10)								112,50€	75€	37,50€	
Forfait dentaire : prothèses (2) (7)								150€	100€	50€	
Consultation sportive (7)					7,50€	5€	2,50€	11,25€	7,50€	3,75€	
FORFAIT "BIEN-ÊTRE"											
Panier de soins "Médecine douce" (11) (diététique, acupuncture, ostéopathie et naturopathie)					45€	30€	15€	60€	40€	20€	
FORFAIT "VIVRE SA VIE"											
Forfait pilule contraceptive dernière génération (7)								60€	40€	20€	
Forfait pilule du lendemain (7)					7,50€	5€	2,50€	15€	10€	5€	
Forfait test de grossesse (7)								7,50€	5€	2,50€	
Forfait préservatifs (7)								7,50€	5€	2,50€	
PACK SMEREP (incluse la Responsabilité Civile obligatoire pour les étudiants)											
Responsabilité Civile (11), Responsabilité Civile Médicale (11), Individuelle Accident (12), Assistance "Voyages" (11), Hospitalisation Accidentelle											
FONDS D'ENTRAIDE											
Fonds d'entraide (13)											

Mutuelle Sur-mesure à composer sur smerep.fr



Les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge ainsi que le ticket modérateur supplémentaire. Les dépassements que peuvent demander les médecins spécialistes restent à la charge du patient dans la limite du montant (8 € à la date du 30 avril 2006) défini par la ou les conventions nationales conclues dans le cadre de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. La participation forfaitaire de 1 € et la franchise médicale, obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celles-ci sont dues.

* Voir conditions prévues au Règlement Mutualiste et Notices d'informations référencés SMEREP 2017

(A) Les taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'Assemblée Générale de la SMEREP du 29 mars 2017. Ils incluent le remboursement Sécurité sociale, hors participation forfaitaire et franchise médicale, si celles-ci sont dues, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

(B) Se reporter au Règlement Mutualiste SMEREP pour connaître la date d'effet des garanties, le détail des prestations, leurs conditions de versement et les exclusions.

(1) Remboursement des visites ou consultations de psychiatrie ou neuropsychiatrie limité à 100 % pour les garanties Médiane et Totale.

(2) Après accord de la Sécurité sociale.

(3) Forfait journalier hospitalier limité à :

Pour l'Indispensable :
9 mois = 23 jours /année universitaire
6 mois = 15 jours /année universitaire
3 mois = 8 jours /année universitaire

Pour la Médiane :
9 mois = 34 jours /année universitaire
6 mois = 23 jours /année universitaire
3 mois = 11 jours /année universitaire

Pour la Totale :
9 mois = 45 jours /année universitaire
6 mois = 30 jours /année universitaire
3 mois = 15 jours /année universitaire

Pour la psychiatrie et neuro-psychiatrie, forfait limité à :

9 mois = 15 jours /année universitaire
6 mois = 10 jours /année universitaire
3 mois = 5 jours /année universitaire

(4) Mes parcours prévention santé : Nombre de parcours illimité et gratuit - plus d'informations sur smerep.fr

(5) Vaccins, dont le Vaccin Anti-Grippal, et rappels non pris en charge par la Sécurité sociale ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins.

(6) Limitée à une consultation par année universitaire.

(7) Forfait proratisé en fonction de la durée d'adhésion, versé sur présentation des factures correspondantes.

(8) En complément du remboursement Sécurité sociale de 50 €/an, participation de la SMEREP proratisée en fonction de la durée d'adhésion.

(9) Forfait proratisé s'appliquant aux montures et verres remboursés par la Sécurité sociale et aux lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.

(10) Remboursements sur présentation d'une facture acquittée portant le cachet complet et le n° d'identifiant du professionnel de santé obligatoirement agréé.

(11) Risques assurés par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(12) Garantie réassurée à hauteur de 80 % par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(13) Sur présentation du dossier. L'attribution des allocations d'entraide est laissée à la libre appréciation de la SMEREP (décision du Président ou de son délégué, sur avis de la commission du fonds d'entraide), en fonction de la situation personnelle de l'adhérent et dans la limite des fonds dont dispose la SMEREP.

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.

VOS COORDONNÉES

M. Mme. Nom _____ Nom de jeune fille _____ Prénom(s) _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ N° Tél. Domicile _____

N° Tél. Portable _____ Email _____ Date de naissance _____ jour / mois / année

Lieu de naissance _____ Dpt. _____ Pays _____ Nationalité _____

N° identifiant SMEREP _____
(Si vous en avez déjà un)

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 conjoint, concubin ou partenaire Pacs s'il est votre bénéficiaire.

VOTRE ÉTABLISSEMENT D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom _____ Adresse _____

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

VOS BÉNÉFICIAIRES

• **Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire Pacs** (s'il/elle n'est pas étudiant(e), il/elle peut être rattaché(e) en qualité de bénéficiaire) : N° de Sécurité sociale _____

Nom _____ Prénom(s) _____

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, concubinage, Pacs / acte de naissance.

• **Vos enfants** :

Nom	Prénom(s)	Sexe	Nationalité	Date de naissance	Lieu de naissance	Dpt.
				jour / mois / année		
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /		
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /		
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /		

COCHEZ LA GARANTIE SOUHAITÉE (Offre et formule identiques pour vous et vos bénéficiaires inscrits sur ce bulletin d'adhésion)

Vous pouvez choisir de payer mensuellement la cotisation de votre mutuelle (à l'exception de la formule 3 mois, du PACK et de l'Assurance étudiante SMEREP) :

- **Formule 9 mois** : uniquement si vous adhérez entre le 01/01/2018 et le 15/02/2018 inclus : acompte de 2 mois + vos frais de prélèvements bancaires de 3€ (par contrat), puis 7 prélèvements automatiques, le 10 de chaque mois à partir de mars 2018.
- **Formule 6 mois** : uniquement si vous adhérez entre le 01/04/2018 et le 15/05/2018 inclus : acompte de 2 mois + vos frais de prélèvements bancaires de 3€ (par contrat), puis 4 prélèvements automatiques, le 10 de chaque mois à partir de juin 2018.

LES OFFRES	PAR PAIEMENT COMPTANT :						OU		PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENTS ⁽¹⁾ :			
	Formule 9 mois du 01/01/18 au 30/09/18 ⁽¹⁾		Formule 6 mois du 01/04/18 au 30/09/18 ⁽¹⁾		Formule 3 mois du 01/07/18 au 30/09/18 ⁽¹⁾		Formule 9 mois si vous adhérez entre le 01/01/18 et le 15/02/18		Formule 6 mois si vous adhérez entre le 01/04/18 et le 15/05/18			
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant		
Indispensable SMEREP + PACK SMEREP INCLUS	<input type="checkbox"/> 74,25€ <input type="checkbox"/> 37,13€	<input type="checkbox"/> 49,50€ <input type="checkbox"/> 24,75€	<input type="checkbox"/> 24,75€ <input type="checkbox"/> 12,38€	<input type="checkbox"/> Acompte de 19,50€* + 7 prélèvements de 8,25€	<input type="checkbox"/> Acompte de 8,29€ + 7 prélèvements de 4,12€	<input type="checkbox"/> Acompte de 19,50€* + 4 prélèvements de 8,25€	<input type="checkbox"/> Acompte de 8,29€ + 4 prélèvements de 4,12€					
Médiane SMEREP + PACK SMEREP INCLUS	<input type="checkbox"/> 247,50€ <input type="checkbox"/> 123,75€	<input type="checkbox"/> 165€ <input type="checkbox"/> 82,50€	<input type="checkbox"/> 82,50€ <input type="checkbox"/> 41,25€	<input type="checkbox"/> Acompte de 58€* + 7 prélèvements de 27,50€	<input type="checkbox"/> Acompte de 27,50€ + 7 prélèvements de 13,75€	<input type="checkbox"/> Acompte de 58€* + 4 prélèvements de 27,50€	<input type="checkbox"/> Acompte de 27,50€ + 4 prélèvements de 13,75€					
Totale SMEREP + PACK SMEREP INCLUS	<input type="checkbox"/> 441€ <input type="checkbox"/> 220,50€	<input type="checkbox"/> 294€ <input type="checkbox"/> 147€	<input type="checkbox"/> 147€ <input type="checkbox"/> 73,50€	<input type="checkbox"/> Acompte de 101€* + 7 prélèvements de 49€	<input type="checkbox"/> Acompte de 49€ + 7 prélèvements de 24,50€	<input type="checkbox"/> Acompte de 101€* + 4 prélèvements de 49€	<input type="checkbox"/> Acompte de 49€ + 4 prélèvements de 24,50€					



• Souscription uniquement sur smerep.fr ou en accueil SMEREP

PACK SMEREP seul 27€/an

ASSURANCE ÉTUDIANTE SMEREP seule 13€/an

(1) Reportez-vous en page 1 de la brochure pour les dates d'effet.
 (2) Vos prélèvements peuvent être faits sur votre compte personnel ou celui d'un débiteur solidaire - vos parents, par exemple.
 * Pour le conjoint bénéficiaire rattaché au contrat, pas de frais de prélèvements bancaires de 3€. Les montants de l'acompte sont donc de 16,50€ pour l'Indispensable SMEREP 9 et 6 mois, 55€ pour la Médiane SMEREP 9 et 6 mois, et 98€ pour la Totale SMEREP 9 et 6 mois.

Cadre Réservé à la SMEREP

Date d'effet Mutuelle :

jour / mois / année

Date d'effet PACK ou Assurance étudiante SMEREP :

jour / mois / année

VOTRE MODE DE PAIEMENT

Paiement Comptant

OU

Paiement par prélèvements - **Veillez remplir le mandat SEPA au verso**

(uniquement pour les mutuelles complémentaires formules 9 et 6 mois - hors formule 3 mois, PACK et Assurance étudiante SMEREP)

VOTRE RÈGLEMENT : Montant : _____ €

Par chèque à l'ordre de la SMEREP

En espèces (uniquement en accueil SMEREP)

Signature SMEREP

BON POUR REÇU

Par carte bancaire

Titulaire _____

N° de la carte bancaire _____

Date d'expiration _____ / _____ / _____ Date _____ / _____ / _____
 mois / année 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.

Pour recevoir les informations utiles sur la Sécurité sociale et tous les bons plans du Club SMEREP, n'oubliez pas de COCHER ICI.

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 nécessaires 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 du 1^{er} octobre 2018 (sauf pour l'Assurance étudiante). Vous pouvez dénoncer votre adhésion tous les ans conformément aux dispositions du Règlement mutualiste.**

J'ai pris connaissance des statuts, du Règlement mutualiste et Notices d'informations, référencés SMEREP 2017 (consultables et téléchargeables sur www.smerep.fr, disponibles dans les accueils SMEREP et par correspondance auprès de la SMEREP - Services Adhésions - 16, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy cedex) et j'en accepte les conditions. Je suis, notamment, informé(e) du montant total de la cotisation due, de la durée minimum de mon adhésion, du contenu des garanties et des exclusions, de la loi française applicable à mon contrat, de la langue des échanges avec la SMEREP, des modalités d'examen des réclamations et du recours à la médiation.

Je sollicite dès à présent la prise d'effet de mon adhésion, mais suis informé(e) que, conformément à l'article 6 du Règlement mutualiste, j'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la SMEREP - Services Adhésions - 16, boulevard du Général Leclerc - 92115 Clichy cedex - pendant un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à ma garantie SMEREP (un modèle de lettre de renonciation est annexé au Règlement mutualiste).

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)

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.

Veillez compléter les champs marqués par un astérisque*

Titulaire du compte :

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*

Lieu

Date

jour

/

/

mois

année

Signature(s)*

Veillez 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.