

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

ASSURÉ

À COMPLÉTER PAR LE CENTRE DE GESTION (à compléter en lettres capitales)

Raison sociale	<input type="text"/>	N° de SIRET	<input type="text"/>
N° de contrat facultatif Conjointes et Enfants non CAMIEG	A 9 8 1 0 0 1 2 9 8 6 -		
Tarif mensuel valable pour l'année	<input type="text"/> = <input type="text"/>		
Fait à	<input type="text"/>	le	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>

ASSURÉ PRINCIPAL (à compléter en lettres capitales par l'assuré principal)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom	<input type="text"/>	Nom de naissance	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Commune de naissance
Régime de Sécurité sociale :	<input type="checkbox"/> Générale <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Alsace Moselle <input type="checkbox"/> Autre			
Numéro de Sécurité sociale	<input type="text"/>			
Catégorie Socio-professionnelle :	<input type="checkbox"/> Non cadre <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autres			
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)			
Adresse	<input type="text"/>			
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>	Pays
Téléphone 0	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	@ <input type="text"/>

En cochant cette case, j'accepte expressément de recevoir également de PREDICA et de son partenaire PACIFICA de la prospection commerciale par voie électronique dans le cadre d'une meilleure connaissance client afin de me proposer des produits d'assurance du groupe adaptés à mes besoins.

En cochant cette case, je m'oppose expressément à recevoir de PREDICA et de son partenaire PACIFICA de la prospection commerciale par voie électronique dans le cadre d'une meilleure connaissance client afin de me proposer des produits d'assurance du groupe adaptés à mes besoins.

À SAVOIR

Pensez à renseigner votre adresse email !

Celle-ci permet de faciliter votre inscription à **Ma Santé**, votre espace web client, qui vous permet d'agir sur votre contrat en toute simplicité (suivre vos remboursements, envoyer vos factures, comprendre vos garanties etc.)

Votre espace sera accessible dès réception de votre carte TIERS PAYANT.



IMPORTANT

TARIFS DE VOTRE CONTRAT

Votre cotisation est indexé au Plafond mensuel de la Sécurité Sociale, vous les trouverez ci-dessous :

Structure de cotisation	BASE
Adulte en % PMSS	1,72 %
Enfant en % PMSS	1,12 %

Les tarifs sont exprimés en % PMSS*

Pour rappel, le financement de la cotisation est intégralement à votre charge.

* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

POUR FINALISER VOTRE ADHÉSION

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER

- la photocopie de l'attestation de la Sécurité Sociale datant de moins d'un an,
- votre Relevé d'Identité Bancaire,
- le mandat de prélèvement SEPA complété et signé pour le règlement des cotisations.

Merci de nous retourner ce bulletin daté, signé et accompagné des pièces justificatives par envoi postal à :

CENTRE DE GESTION
Crédit Agricole Assurances TSA 50190
28 039 CHARTRES CEDEX

Dès réception de votre carte TIERS PAYANT, vous pouvez télécharger l'application **Ma Santé**

- Mon **lien direct** avec mon contrat de santé
- Mes **services santé** pratiques
- Mon **coaching bien-être** personnalisé

Disponible sur  et 



GESTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Vos données à caractère personnel collectées dans la présente par PREDICA, responsable de traitement sont obligatoires pour votre adhésion. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits : d'accès, de rectification, d'effacement et d'oubli, d'opposition, de limitation, et à la portabilité, que vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, sur simple demande à : PREDICA - Délégué à la Protection des Données - 75724 Paris cedex 15, ou par email à assurancescollectives_dpo@ca-assurances.fr. Pour mieux connaître vos droits, rendez-vous sur le site de la CNIL (www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits).

En signant ce formulaire :

- Je déclare toutes les informations fournies exactes et sincères.
- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat Frais de Santé et de ses annexes.
- J'accepte expressément par la présente de recevoir de PREDICA des informations relatives à mon contrat (le numéro de téléphone et l'adresse email servira pour toute correspondance avec le centre de gestion Crédit Agricole Assurances, pour la bonne gestion de votre contrat).
- J'accepte que les données relatives à ma santé, dont le traitement est obligatoire en vue de mon adhésion, soient collectées par PREDICA pour les finalités de passation, gestion et exécution du contrat d'assurance, et fassent l'objet d'une gestion interne à ces fins par PREDICA, ses délégations et ses réassureurs éventuels dans le respect de la réglementation applicable.
- Je m'engage à restituer sans délai ma carte de tiers payant en cours de validité, si je venais à quitter le groupe assuré ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à le / / 20





Objet : **Mandat de prélèvement SEPA**

Madame, Monsieur,

Afin d'enregistrer ou mettre à jour vos coordonnées bancaires et mettre en place les prélèvements, nous vous remercions de compléter le mandat de prélèvement ci-dessous après l'avoir daté et signé.

Merci de nous retourner ce courrier dûment rempli, accompagné d'un RIB récent.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération.

Votre Centre de Gestion

En signant ce formulaire de mandat, vous nous autorisez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément à nos instructions. 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 ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.



Référence Unique du Mandat (RUM) - Zone réservée aux services de gestion

Prélèvement Récurrent

Veillez compléter, en MAJUSCULES, les champs obligatoires marqués *

Références de l'Assuré

Nom - Prénom* :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Titulaire du compte à débiter

Nom - Prénom* :

Adresse* :

.....

.....

Code Postal* : Ville* :

Pays* :

Créancier

Nom : PREDICA

ICS : FR88ZZZ237434

Identifiant Créancier SEPA

PREDICA

Les coordonnées de votre compte

--	--	--	--

IBAN* (Numéro d'identification international du compte bancaire)

--	--	--	--

BIC* (Code International d'identification de votre banque)

A* : **Le*** :/...../.....

<p>Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante :</p> <p>Centre de gestion Crédit Agricole Assurances TSA 86412 28039 Chartres Cedex</p>	<p>Signature*</p> <p>Date et signature obligatoires</p>
---	--

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

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Ces données sont à l'usage exclusif du porteur de risques, du gestionnaire et/ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer par courriel à dpo@plansante.com En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr. Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la LCB-FT. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL (article L561-45 du CMF).

14--SPP1452605-0208-1/2 V1091013



COMMENT REMPLIR UN MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Informations présentes sur le Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

3 informations présentes sur le RIB fourni par votre banque sont nécessaires pour compléter le mandat de prélèvement SEPA :

Relevé d'Identité Bancaire	
Banque :	12548
Guichet :	02998
N° de compte :	00000001500 Titulaire du compte
Clé RIB :	86
Nom du titulaire :	Mme Catherine SPECIMEN IBAN
Domiciliation :	Banque X
N° IBAN (international) :	FR76 1254 8029 9800 0000 0150 086
Bank Identification Code :	BNXBFPPP BIC

Zones à remplir sur le Mandat de prélèvement SEPA

Compléter le **nom et l'adresse**
du titulaire du compte

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Titulaire du compte à débiter Nom - Prénom* : SPECIMEN CATHERINE Adresse* : 10 RUE DE LA LIBERTE Code Postal* : 99123 Ville* : VILLENouvelle Pays* : FRANCE	Créancier Nom : NOM DU CREANCIER ICS : ICS DU CREANCIER Identifiant Créancier SEPA IDENTIFICATION DU CREANCIER
---	---

Les coordonnées de votre compte

F	R	7	6	1	2	5	4	8	0	2	9	9	8	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	8	6				
IBAN* (Numéro d'identification international du compte bancaire)																													
B	N	X	B	F	R	P	P	A* : VILLENouvelle																Le* : ..08/02/2020..					
BIC* (Code International d'identification de votre banque)																													

Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante : Centre de Gestion XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX	Signature* Date et signature obligatoires Signature
--	---

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
 Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Ces données sont à l'usage exclusif du porteur de risques, du gestionnaire et/ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer par courriel à dpo@plansante.com En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr. Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la LCB-FT. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL (article L561-45 du CMF).

Renseigner les
coordonnées bancaires
(codes IBAN et BIC) du RIB

Dater et signer
le mandat de prélèvement