

1. L’entreprise qui vous emploie

Raison sociale de l’entreprise : SIRET :
 Date d’entrée dans la fonction : Date d’effet de l’affiliation du salarié : Type de contrat :

2. Vos coordonnées

Nom : Prénom :
 Nom marital : Votre Statut : Cadre Non Cadre Autre :
 Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :
 Immatriculé(e) auprès de la : CPAM Autre (précisez) :
 Organisme de rattachement : Nombre d’enfants à charge :
 Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone domicile : Téléphone portable :
 E-mail :

3. Vos garanties

Le régime comporte une **Base Collective Obligatoire, ainsi qu’un renfort facultatif, exclusivement à la charge du salarié (prélèvement sur le compte bancaire)**

Mon employeur me fait bénéficier du régime de base
Je choisis de renforcer mon niveau de base avec l’option suivante (facultatif) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Si je souhaite affilier ma famille (obligatoirement au même niveau que moi), alors je complète les coordonnées de mes ayants-droit tableau ci-dessous

QUALITÉ (CONJOINT, ENFANT...)	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	SEXE H F	ORGANISME DE RATTACHEMENT SS
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

En plus de cette adhésion, votre conjoint (marié/pacsé/concubin) bénéficie-t-il déjà d’une autre mutuelle ? OUI NON

Enfants de plus de 16 ans : Par défaut les prestations des bénéficiaires autonomes âgés de plus de 16 ans sont versées sur le compte bancaire de ces derniers.

Vous pouvez renoncer à cette possibilité en cochant la case ci-après . A cet effet, veuillez joindre un RIB (Relevé d’identité bancaire) du ou des bénéficiaires concernés.

PIÈCES À FOURNIR : 1. Copie des attestations de Sécurité sociale (sur lesquelles figurent les références de votre centre) **2.** Votre RIB **3.** Le bulletin Individuel d’affiliation et le mandat SEPA complétés et signés

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations nominatives recueillies font l’objet d’un traitement automatisé afin de gérer l’adhésion du membre participant et la vie de ses adhésions. Elles peuvent être transmises à cette fin au délégataire de gestion et au réassureur. Aucune information gérée ne peut faire l’objet d’une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 et la loi n°2018-493 du 20 Juin 2018 modifiant la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ainsi que tout bénéficiaire disposez d’un droit d’information, d’accès et de portabilité, de rectification, d’effacement, de limitation et d’opposition et de réclamation en écrivant à SPVIE-DPO – 11 Quai de Dion Bouton 92816 PUTEAUX CEDEX ou dpo-spvie@spvie.com. Toutes les autres dispositions liées à ces droits figurent au dos du bulletin d’adhésion et dans notre notice d’informations.

Je soussigné(e)

Certifie la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à l’affiliation au contrat susvisé et j’en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne.

Reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l’affiliation conformément à l’article L113-8 du code des assurances.

Reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatique et libertés ci-dessus.

En cas de rejet des prélèvements, je m’engage à régler sous huit jours les sommes dues et non prélevées, du fait du rejet et des frais afférents.

Je déclare sincère et véritable l’ensemble des renseignements indiqués dans ce documents et m’engage à signaler toute modification et en cas de cessation de l’assurance, à restituer les cartes de tiers payant qui m’auront été remises.

Fait à : Le :

Votre courtier conseil :

Code SPVIE :
 Nom ou Cachet :

CACHET de l’entreprise :

SIGNATURE de l’Assuré :
 précédé de la mention "lu et approuvé" :

MANDAT de prélèvement SEPA

à retourner à **SPVIE ASSURANCES, TSA41009, 59992 DUNKERQUE CEDEX 01**

SPVIE
ASSURANCES

PAIEMENT RÉCURRENT

En signant ce formulaire de mandat SEPA* (Single Euro Payments Area) :

Vous autorisez SPVIE Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SPVIE Assurances.

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.

ICS (Identifiant Créancier SEPA) :

DÉBITEUR :

Civilité : Monsieur Madame

Nom : Prénom :
Nom du débiteur Prénom du débiteur

Adresse :
Entrée, Bâtiment, Immeuble / Numéro et libellé de voie / Lieu dit

Code Postal : Ville/Cedex :

Pays :

Les coordonnées de votre compte :

N° IBAN :
Numéro d'identification International du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

N° BIC :
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES : Les informations nominatives recueillies par votre courtier font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer l'adhésion du membre participant et la vie de ses adhésions.

Ces informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de vos contrats. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 et la loi n°2018-493 du 20 Juin 2018 modifiant la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ainsi que tout bénéficiaire disposez d'un droit d'information, d'accès et de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition. Pour toute demande d'exercice de l'un de ces droits, question ou réclamation au sujet de vos données, vous pouvez écrire à SPVIE- service Réclamation des données - 26 rue Pagès - 92150 Suresnes ou vous adresser à notre Délégué à la Protection des Données en écrivant à SPVIE-DPO - 26 rue Pagès - 92150 Suresnes ou dpo-spvie@spvie.com. Une réponse vous sera adressée dans un délai maximum d'un mois.

Pour toute réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), vous pouvez écrire à l'adresse suivante : CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

La signature du bulletin de souscription ou d'adhésion vaut consentement au traitement des données personnelles. Le refus de communiquer les données personnelles demandées par l'Assureur peut empêcher l'établissement de relations contractuelles.

Signé à :

Le : / /

R.U.M. (Référence Unique de Mandat) :

Signature(s) :

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