L'adhérent

NOM D'USAGE (marital s'il y a lieu) : …… NOM DE NAISSANCE:……

PRENOM(S) : ……DATE DE NAISSANCE :……../……../……

ADRESSE :……

CODE POSTAL : …….. COMMUNE : ……

TELEPHONE : …….. E-MAIL : ……@……

(Nous utiliserons cet email pour vous adresser vos décomptes de remboursement).

N° DE SECURITE SOCIALE FRANCAISE: |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

ACTIVITE EXERCEE ……

NOM DE VOTRE EMPLOYEUR ……VILLE……PAYS……

Les garanties et les cotisations

Les garanties choisies

❑ **Je demande à adhérer** au contrat souscrit par l'association 2gether auprès de QUATREM pour les garanties mentionnées à la présente demande d'adhésion et gérées sous les références **0028641 SANTE FRONTALIER BASE RESPONSABLE** (cocher la case)

Date d'effet souhaitée : 01 /……/……..

Formule de garantie choisie (cochez la case correspondant à votre choix) : 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑

❑ **Je demande à adhérer** au contrat souscrit par l'association 2gether auprès de QUATREM pour les garanties mentionnées à la présente demande d'adhésion et gérées sous les références **0028642 SANTE FRONTALIER SURCOMPLEMENTAIRE SOLIDAIRE** (cocher la case)

Date d'effet souhaitée : 01 /……/……..

Les garanties sont applicables sous réserve d'acceptation de l'assureur, du paiement de la première cotisation et du retour signé d'un exemplaire des certificats d'adhésion correspondants.

Les bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires couverts au titre des garanties surcomplémentaires sont nécessairement les mêmes que ceux couverts au titre des garanties du régime de base.

	Nom	Prénom(s)	Date de naissance	N° d'assuré social	Situation (1)	Autre mutuelle Oui / Non	
Adhérent	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous :						
Conjoint Partenaire du PACS Concubin							
Enfants à charge							

1) Précisez la situation du bénéficiaire (conjoint, partenaire du PACS, concubin, enfant étudiant, enfant apprenti, autre…)

Le montant des cotisations

Structure de cotisation choisie *	❑1 personne		❑2 personnes		❑3 personnes et +
Cotisation en % du PMSS (Valeur au 01/01/18) Base responsable 0028641	**…… % PMSS (soit ……. Euros)**	OU	**…… % PMSS (soit …… Euros)**	OU	**…… % PMSS (soit …… Euros)**
Cotisation en % du PMSS (Valeur au 01/01/18) Surcomplémentaire solidaire 0028642	**…… % PMSS (soit …… Euros)**		**…… % PMSS (soit …… Euros)**		**…… % PMSS (soit …… Euros)**

* La structure de cotisation choisie s'applique tant pour les garanties de base que pour les garanties surcomplémentaires

Choix des modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations sont payables à terme d'avance.

Prélèvement bancaire mensuel: ☐ oui (Remplir le mandat de prélèvement SEPA) ☐ non par Chèque bancaire (paiement semestriel)

Télétransmission des décomptes du régime obligatoire

Afin que le remboursement des frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, l'adhérent et les bénéficiaires tels que définis au contrat autorisent l'assureur (conformément à la loi 78-17 «Informatique et libertés » du 6 janvier 1978) à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec sa caisse du régime obligatoire si cela est possible. S'ils ne le souhaitent pas, ils ont la possibilité de refuser par écrit.

Exemplaire à retourner au conseiller en assurance à l'adresse suivante OX6GEN - 565 rue de Lannoy – 59100 ROUBAIX – en conservant une copie.

Modèle de lettre de renonciation à(aux) adhésion(s)

Pour exercer votre droit de renonciation, dont les modalités sont prévues à la notice d'information, vous pouvez utiliser le modèle de lettre suivant : Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-9 du code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L 112-2-1 du code des assurances (en cas d'adhésion à distance) – (rayer la mention inutile)

Déclaration de l'adhérent

❑ **Je demande à adhérer à l'Association 2gether, contractante auprès de QUATREM du contrat d'assurance de groupe SANTE FRONTALIER BASE RESPONSABLE n° 0028641 et du contrat SANTE FRONTALIER SURCOMPLEMENTAIRE SOLIDAIRE n° 0028642 souscrit en faveur de ses membres adhérents et je joins un chèque de 20 euros à l'ordre de l'association 2gether (paiement unique sur toute la durée du contrat).**

Je déclare (cocher les cases)

❑ exercer une activité déclarée en page 1 du présent document,
❑ relever du régime général de Sécurité sociale française et résider en France métropolitaine,

❑ avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion et en avoir pris connaissance,
❑ avoir reçu un exemplaire de la **notice d'information** du contrat SANTE FRONTALIER BASE RESPONSABLE n° 0028641 et en avoir pris connaissance,
❑ avoir reçu un exemplaire de la **notice d'information** du contrat SANTE FRONTALIER SURCOMPLEMENTAIRE SOLIDAIRE n° 0028642 si je l'ai souscrit et en avoir pris connaissance,
❑ être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le contrat SANTE FRONTALIER BASE RESPONSABLE n° 0028641 et/ou le contrat SANTE FRONTALIER SURCOMPLEMENTAIRE SOLIDAIRE n° 0028642 et rappelées au paragraphe « modèle de lettre de renonciation à(aux) adhésion(s) » de la présente demande d'adhésion.

☐ **Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande d'adhésion et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. (cochez la case)**

Pièces à joindre – cocher la(es) case(s) correspondant au(x) document(s) joint(s)

❑ une copie de ma carte nationale d'identité,
❑ une copie de mon attestation VITALE d'affiliation au régime obligatoire, ainsi que le cas échéant celles des autres bénéficiaires,
❑ un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations,
❑ un mandat de prélèvement SEPA complété et signé pour le paiement des cotisations contractuelles,

Le cas échéant :

❑ une attestation sur l'honneur précisant que l'adhérent et son partenaire de PACS ou son concubin répondent à la définition contractuelle,
❑ pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant leurs études, un certificat de scolarité ou d'apprentissage,
❑ toute pièce permettant de justifier de la situation de handicap ou de la recherche d'emploi d'un enfant à charge.

Fait à : …… Le : ……Signature de l'adhérent,

Mandat de prélèvement récurrent SEPA

IMPORTANT : veuillez remplir intégralement cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER :

Nom: _____Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville :_____Pays _____

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE :

IBAN (International Bank Account Number) |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

BIC(Bank Identifier Code) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez S.F.P. (Société Française de Prévention) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de S.F.P. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant le débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à : ……..
Le : ……
Signature

CADRE RESERVE A L'ASSUREUR

ORGANISME CREANCIER : Société Française de Prévention – 291 Bld Clémenceau - 59705 Marcq-en-Barœul - France
RUM _____ IDENTIFIANT ICS FR04ZZZ314897
La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé d'identité bancaire du titulaire du compte à débiter

Exemplaire à retourner au conseiller en assurance à l'adresse suivante OX6GEN - 565 rue de Lannoy – 59100 ROUBAIX – en conservant une copie.

Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression de toutes les données vous concernant en adressant votre demande à S.F.P. – 291 Bld Clémenceau – CS 15042 – 59702 – Marcq-en-Barœul Cedex

Quatrem - SA au capital de 510 426 261 euros – régie par le code des assurances – 21 rue Laffitte –75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris – Société du groupe Malakoff Médéric - Quatrem - Pôle réclamations – TSA 20002 – 78075 SAINT QUENTIN EN YVELINES CEDEX - reclamations.quatrem@malakoffmederic.com