



Bulletin d'adhésion Tepee Santé

Votre intermédiaire en assurances :

ORIAS



Tepee santé : demande d'adhésion

LIN
 5 10 20

N° DEVIS : _____ CODE PARTENAIRE : _____

P*

DATE D'EFFET SOUHAITÉE : / /

Type d'adhésion : Affaire nouvelle Avenant

Type de vente : Agence Directe Vente à distance

Coordonnées de l'assuré(e) principal(e)

* Si rien n'est coché l'option retenue par défaut sera : P

Civilité (Mme / Mr) _____ NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Commune naissance : _____ Dépt. de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Téléphone : _____ Email : _____ @ _____ . _____

L'assuré(e) principal(e) demande à adhérer à l'association (GASP) et au contrat groupe souscrit par elle pour la ou les garanties ci-après.

LES PERSONNES A ASSURER (1) Type : A = assuré(e) principal(e) / C = Conjoint / E = Enfant (2) Sexe : F = Féminin / M = Masculin (3) Salarié / TNS / TNS Agricole / AM

Type ⁽¹⁾	Sexe ⁽²⁾	Nom	Prénom	Né(e) le	Régime ^{(3)*}	N° de sécurité Sociale	Code d'affiliation

Joindre obligatoirement les copies des attestations maladie des personnes à couvrir (document annexe à votre carte vitale) et la photocopie recto / verso d'une pièce d'identité

Les garanties

Nom du produit : TEPEE SANTÉ

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie

Formule choisie :

Formule 1
 Formule 4

Formule 2
 Formule 5

Formule 3
 Confort

Loi Madelin pour les Travailleurs Non Salariés Non Agricoles en Activité

Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994), et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin OUI NON

Votre garantie décès par accident

Je souhaite adhérer à la Garantie Décès par accident - Capital en cas de décès du souscripteur de 5000 € / Cotisation 2 € par mois.

Les prestations dues en cas de décès par accident de l'assuré sont attribuées (cochez une des deux cases ci-après) :

Conformément à la désignation type prévue à la notice d'information.

À des bénéficiaires particuliers que vous aurez choisis si la désignation type ne vous convient pas. Dans ce cas vous devez compléter de manière manuscrite le formulaire de désignation du ou des bénéficiaires en cas de décès.

Les cotisations

Cotisation mensuelle TTC

_____ €

+ frais accessoires « Association*, Protection Juridique, Assistance, frais de quittancement »

_____ €

*0,17cts/mois

Paiement à échéance par prélèvement le 10 Le 15

Quittancement : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

« Je déclare :

Reconnaître avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-contre du document d'information normalisé relatif au produit souscrit, des notices d'informations contractuelles (notice TEPEE SANTÉ) des statuts de l'association GASP, et le cas échéant des statuts de l'assureur

• Exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances ou L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité. Les informations portées sur ce document sont obligatoires, à défaut votre demande d'adhésion au contrat ne pourra être traitée. Le contrat est réputé conclu à la date de signature de la présente demande d'adhésion. Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

• M'engager à déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise le gestionnaire à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. »

J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial des partenaires de l'Assureur. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (Dispositif BLOCTEL).

CADRE RÉSERVÉ AU COURTIER
Fait à : _____ Le : ____/____/____
Nom : _____ Prénom : _____

Cachet du courtier

Fait à : _____ Le : _____
Signature de l'assuré(e) principal(e) :

DÉLAI DE RÉTRACTATION :

En application des termes des articles L.112-2-1 du Code des Assurances ou L.221-18 du code de la mutualité, vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours calendaires révolus, délai qui court à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation, sous réserve qu'aucune garantie n'ait été mise en jeu. Si des cotisations ont été perçues, l'assureur s'engage à vous les rembourser dans un délai de 30 jours. Pour exercer votre droit à renonciation, adressez votre lettre de renonciation en lettre recommandée avec avis de réception à TEPEE, 46 Place Alphonse Fiquet 80000 Amiens.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL :

Les informations qui sont recueillies par CPMS font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat ainsi que votre adhésion à la mutuelle et à l'association. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, vos données personnelles sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de CPMS, l'organisme assureur, l'association, votre intermédiaire en assurances, les réassureurs le cas échéant ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. CPMS prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : CPMS - Gestion TEPEE, TSA 20071, 51726 REIMS CEDEX

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

CPMS se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

DÉMARCHAGE A DOMICILE :

Extraits du Code des Assurances. Conformément à l'article L 112-9 du Code des Assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Extraits du Code de la mutualité. Conformément à l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, «Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.»

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions des articles L 112-9 du Code des Assurances ou L.221-18-1 du Code de la mutualité - l'assuré(e) peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. Cette faculté de renonciation est perdue si l'assuré(e) a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

Modèle de lettre de renonciation à l'adhésion

CPMS
Gestion TEPEE
TSA 20071, 51726 REIMS CEDEX

Lettre recommandée avec A/R
Objet : Renonciation à l'adhésion du produit Tepee Santé (Repsonsable ou solidaire)

Madame, Monsieur,
Je soussigné(e) (Nom, Prénom, et numéro de membre participant)..... demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....

Je vous prie d'agrée, Madame Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

À..... Le

Signature

ASSUREURS :

- MIP 178 Rue Montmartre 75096 Paris Cédex 02. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité (SIREN N° : 775 671 902)