

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

ASSURÉ

Contrat Collectif retraité facultatif

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

Raison sociale		N° de SIRET	
N° de contrat facultatif ORA	A 9 8 1 0 0 1 2 9 6 6 -		
Tarif mensuel valable pour l'année	=		
Fait à		le	/ / 2 0

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

☐ M. ☐ Mme	Nom		Nom de naissance	
Prénom			Né(e) le	/ /
Commune de naissance				
Régime de Sécurité sociale		☐ CAMIEG		
Numéro de Sécurité sociale				
Situation familiale		☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e)		
Adresse				
Code postal			Ville	
Tél.			Pays	
Email				

- ☐ En cochant cette case, **j'accepte** expressément de 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.
- ☐ 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.

Vous êtes actuellement (merci de joindre le justificatif correspondant à votre situation) :

- ☐ Ancien salarié ou retraité

AYANTS DROIT (à compléter en lettres capitales par l'assuré principal)**DÉFINITION**

Ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties du régime spécial des IEG géré par la CAMIEG dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :

- Le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG ;
- L'enfant célibataire du Salarié statutaire à la charge de l'ouvrant droit, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, la pupille de la Nation dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
 - Âgé de 26 ans au plus, le bénéfice des garanties se poursuivant jusqu'à la fin de l'année civile de son 26^e anniversaire ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^e anniversaire ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé.

La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du statut national du personnel des IEG issu du décret n°46-1541 du 22 juin 1946.

Pour obtenir plus de précisions sur les ayants droit veuillez vous référer aux Notices d'Information qui vous ont été communiquées.

Dans le cas de l'adhésion de vos ayants droit CAMIEG, il convient de compléter les informations ci-dessous afin de bénéficier de la CSM*.

Conjoint/Concubin/Partenaire de PACS

Nom Prénom Date de naissance / /

N° de Sécurité Sociale

Régime Sécurité sociale : ☐ CAMIEG

Le conjoint bénéficie-t-il déjà d'un contrat santé géré par un autre organisme complémentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Enfants à charge

Enfant 1 : Nom Prénom
 Date de naissance / / N° de Sécurité Sociale
 Régime Sécurité sociale : ☐ CAMIEG

Enfant 2 : Nom Prénom
 Date de naissance / / N° de Sécurité Sociale
 Régime Sécurité sociale : ☐ CAMIEG

Enfant 3 : Nom Prénom
 Date de naissance / / N° de Sécurité Sociale
 Régime Sécurité sociale : ☐ CAMIEG

Enfant 4 : Nom Prénom
 Date de naissance / / N° de Sécurité Sociale
 Régime Sécurité sociale : ☐ CAMIEG

Enfant 5 : Nom Prénom
 Date de naissance / / N° de Sécurité Sociale
 Régime Sécurité sociale : ☐ CAMIEG

* CSM : Couverture Supplémentaire Maladie

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	Surcomplémentaire
Isolé en % PMSS	1,40 %	+0,29 %
Famille en % PMSS	2,60 %	+0,53 %

Les tarifs sont exprimés en % PMSS*

* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

Souhaitez-vous bénéficier d'une surcomplémentaire facultative ?

☐ Oui ☐ Non

La surcomplémentaire vaut pour vous et pour vos ayants droit.

La cotisation au titre de la surcomplémentaire facultative est à votre charge. Elle sera prélevée sur votre compte bancaire.



POUR FINALISER VOTRE ADHÉSION

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER

- La photocopie de l'attestation de Droits CAMIEG 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 :

SANERGI IEG
TSA 70291
28039 Chartres Cedex



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 - 75 724 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).

DÉCLARATIONS

En signant ce formulaire :

- Je demande la souscription du contrat collectif souscrit par l'association Avantages IEG, dont les garanties sont décrites ci-dessus.
- Je m'engage à régler la cotisation dans son intégralité directement auprès de PREDICA par prélèvement SEPA.
- Le maintien de mes garanties et de celles de mes ayants droit cesse en cas de non paiement des cotisations.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions du présent document.
- Je déclare toutes les informations fournies exactes et sincères.
- J'accepte expressément par la présente de recevoir de PREDICA des informations relatives à mon contrat (le numéro de téléphone et l'adresse email serviront pour toute correspondance avec le centre de gestion sanergi IEG, 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 ne plus bénéficier de mon contrat ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

Fait à

le / / 20

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

Date de souscription souhaitée : / / 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*** :/...../.....

Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante :

SANERGI IEG
TSA 70291
28039 Chartres Cedex

Signature*

Date et signature obligatoires

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 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).



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

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																		
BIC* (Code International d'identification de votre banque)								A* : VILLENouvelle								Le* : 08/02/2020									

Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante : Centre de Gestion XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX	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