DEMANDE D'ADHÉSION Garantie Décès Soudain ou Accidentel Sénior

ircem
MUTUELLE | PRÉVOYANCE | RETRAITE

Pour adhérer à la garantie, veuillez compléter votre demande d'adhésion en suivant ces 3 étapes :

1 Je choisis mon niveau de protection

Capital en cas de décès soudain ou accidentel :	15 000€	30 000€	45 000€	60 000€	75 000€
Services d'assistance disponibles 7 jours /7	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Services santé et bien-être (Vivons Bien Vivons Mieux)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Cotisation mensuelle correspondant au capital choisi (1 seul choix possible)					
Vous seulement	☐ 12,60€	☐ 22,20€	☐ 31,80€	☐ 41,40€	☐ 51,00€
Vous et votre conjoint	☐ 18,45€	☐ 33,90€	☐ 49,35€	☐ 64,80€	☐ 80,25€

AVANTAGE EN PLUS !

2 Je vérifie, je complète les informations ci-dessous et je signe ma Demande d'Adhésion

(complétez en Majuscules)

Membre participant : ______________________

Date de naissance : ______________________

E-mail : ______________ @ ______________

☐ J'accepte de recevoir des informations sur les garanties ou services d'IRCEM Mutuelle

Renseignements concernant le conjoint :
(À compléter si vous souscrivez en couple. Pour souscrire, votre conjoint doit être âgé de moins de 75 ans).

☐ **MME** ☐ **M**

Prénom : ______________________

Nom : ______________________

Date de naissance : Jour ________ Mois ________ Année ________

Je/nous soussigné(e)(s) adhère (adhérons) à la Garantie Décès Soudain ou Accidentel Sénior dans les conditions et limites prévues au règlement mutualiste ci-joint. La garantie prendra effet le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion, sous réserve que cette Demande d'Adhésion soit confirmée par l'IRCEM Mutuelle et que la première cotisation soit réglée. Je/nous reconnais(sons) avoir reçu, pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance et du Règlement Mutualiste valant notice d'information de la Garantie Décès Soudain ou Accidentel Sénior et l'accepter dans son intégralité. Je certifie sincères et véritables les informations indiquées et je prends note qu'en cas de décès, le bénéficiaire est - sauf stipulation contraire adressée par écrit à l'IRCEM Mutuelle, datée et signée - mon conjoint survivant, non séparé de corps, ni divorcé, ou mon concubin, à défaut mes enfants reconnus et vivants par parts égales, à défaut mes ayants droit légaux. Vous disposez de la faculté de modifier vos bénéficiaires à tout moment. **Si vous souhaitez recevoir le formulaire de désignation de bénéficiaire dédié par courrier avec votre certificat d'adhésion cochez cette case.** ☐

Le : ⎿__⎿__⎿ Jour ⎿__⎿__⎿ Mois ⎿__⎿__⎿__⎿__⎿ Année

SIGNEZ ICI — OBLIGATOIRE
SIGNATURE DE L'ASSURÉ

SIGNEZ ICI — OBLIGATOIRE
SIGNATURE DU CONJOINT (si protection couple souhaitée)

Les informations personnelles renseignées sur ce document sont obligatoires et nécessaires à l'IRCEM Mutuelle afin de souscrire à la garantie proposée. Conformément à la législation en vigueur, vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Vous disposez également du droit de définir des directives sur le sort de vos données après votre décès et du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, consultez la Politique de protection des données sur https://www.ircem-mutuelle.com/politique-de-protection-donnees-personnelles/. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous avez la possibilité de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur bloctel.gouv.fr ou en écrivant à Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

MUTUELLE DES EMPLOIS DE LA FAMILLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ
INSCRITE AU RÉPERTOIRE SIRÈNE SOUS LE N° 438 301 186 - 261, avenue des Nations Unies BP 593 - 59060 Roubaix Cedex 1

3 Veuillez compléter et signer le Mandat de Prélèvement SEPA ci-dessous (n'oubliez pas de joindre un RIB).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA : Prélèvement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez IRCEM Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de IRCEM Mutuelle. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : ______________ Prénom : ______________

Adresse : ______________________________

Code Postal : __________ Ville : __________ Pays : __________

N° DE COMPTE BANCAIRE

IBAN /____/____/____/____/____/____/____/ BIC /__________/

À ______________ Le ___/___/____ SIGNATURE ______________

CADRE RÉSERVÉ À L'IRCEM

ORGANISME CRÉANCIER : **IRCEM Mutuelle - 261, avenue des Nations Unies - BP 593 - 59060 Roubaix Cedex 1**
Identifiant Créancier SEPA : **FR03ZZZ463713** Référence unique du mandat (1) :

TRÈS IMPORTANT

Complétez intégralement sans rature ce mandat de prélèvement et signez en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire. Ces documents sont à retourner dans une enveloppe non affranchie à l'adresse suivante :
IRCEM MUTUELLE
LIBRE REPONSE 18747
59789 LILLE CEDEX 9

(1) : La référence unique du mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.

ADH-DCSA_SENIOT_VB_PRINT_11/2023