DEMANDE D'ADHÉSION Hospitalisation Accidentelle Bonus Sénior

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

1

Je choisis mon niveau de protection	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Indemnités en cas d'accident par assuré :					
Indemnités forfaitaires journalières en cas d'hospitalisation (jusqu'à 180 jours)	40€	40€	40€	60€	80€
Indemnités forfaitaires journalières en soins intensifs (jusqu'à 30 jours)	60€	60€	60€	90€	120€
Capital en cas de décès accidentel	5000€	10 000€	15 000€	15 000€	15 000€
Capital en cas de décès à la suite d'un accident de la circulation	10 000€	20 000€	30 000€	30 000€	30 000€
Service santé et bien être (Vivons Bien, Vivons Mieux)	**Inclus**	**Inclus**	**Inclus**	**Inclus**	**Inclus**

Mon niveau de garantie pour une cotisation mensuelle de (1 seul choix possible)					
Vous seulement	☐ 13,83€	☐ 16,31€	☐ 18,78€	☐ 22,96€	☐ 27,14€
Vous et votre conjoint	☐ 20,33€	☐ 24,29€	☐ 28,25€	☐ 34,94€	☐ 41,62€

2

Je vérifie, je complète les informations ci-dessous et je signe ma Demande d'Adhésion
(complétez en Majuscules)

Membre participant :

Date de naissance :

Numéro de client :

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 60 ans).

☐ **MME** ☐ **M**

Prénom :

Nom :

Date de naissance : Jour Mois Année

Je/nous soussigné(e)(s) adhère (adhérons) à la Garantie Hospitalisation Accidentelle Bonus 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 Hospitalisation Accidentelle Bonus 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

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

SIGNEZ ICI

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.

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

SIGNATURE

À Le

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-GHAPB_SENIOR_VB-11/2023