

Demande d'Adhésion : SPVIE VEGA (PARTICULIER/TNS)

À retourner à SPVIE Assurances, 11 Quai de Dion Bouton, 92816 Puteaux Cedex



1 • Coordonnées de l'adhérent

Etat Civil : Monsieur Madame
Date d'effet souhaitée : 01 / /
Nom : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance : / / Nombre d'enfant à charge :
N° de sécurité sociale :
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Veuf(ve)
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
Contrat de base et assureur (veuillez fournir les justificatifs):

2 • Garanties souhaitées

Votre niveau de garantie : Formule 1 Formule 2 Formule 3 Formule 4 Formule 5 Formule 6

Je souhaite étendre les garanties aux membres de ma famille indiqués ci-dessous (joindre justificatif de la qualité de la personne) :

| QUALITÉ (CONJOINT, ENFANT...) | NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE | SEXE H F | ORGANISME DE RATACHEMENT | MUTUELLE DE BASE |
|-------------------------------------|-----|--------|----------------------|------------------------|---|-----------------------------|---------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

4 • Cotisation et mode de règlement

À la date de signature de la demande d'adhésion, la cotisation mensuelle du contrat SPVIE VEGA (Surcomplémentaire Non Responsable) est de : € TTC, soit par an € TTC.

La cotisation sera réglée :

- Par prélèvement mensuel (Remplir, signer et joindre le mandat SEPA pour autorisation de prélèvement). A NOTER : Le prélèvement aura lieu le 10 du mois concerné, frais de prélèvement : 1€
En cas de rejet du prélèvement, un second prélèvement sera effectué le mois suivant (avec des frais de rejet de 15€) . Si ce nouveau prélèvement est encore rejeté, les garanties de l'assuré seront suspendues, conformément aux dispositions du Code des Assurances.
- Frais mensuels d'adhésion à l'association BMI : 0,60€ (Exonération si déjà membre de l'association)

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : Les informations collectées via ce document dont le responsable de traitement est SPVIE Assurances sont utilisées conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 à des fins de gestion, de prospection commerciale ainsi que de lutte contre la fraude. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur Groupama Paris Val Loire, le cas échéant, aux mandataires de ce dernier, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat. L'assuré peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires auprès de : SPVIE Assurances - Service clients, 11 quai de Dion Bouton 92816 Puteaux CEDEX. E-mail : contact@spvie.com

Je soussigné(e)

- demande à adhérer à l'association BMI (Basel Medical Insurance), association n° W751217424, souscriptrice du contrat d'assurance de groupe 314708 auprès de GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE en faveur de ses membres adhérents.
- demande à être affilié(e) au contrat SPVIE Santé VEGA Part/TNS (Surcomplémentaire Non Responsable) Formule : à compter du :
- joins obligatoirement la copie de mon Attestation Carte Vitale et celle des bénéficiaires, un RIB
- déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion et en avoir pris connaissance,
- déclare être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le contrat SPVIE Vega (Particulier/TNS) Santé Surcomplémentaire Non Responsable et rappelées au paragraphe « modèle de lettre de renonciation à l'adhésion » de la notice d'information,
- déclare relever d'un régime général de l'assurance maladie et résider en France métropolitaine
- certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande d'adhésion et ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Réservé SPVIE : T0 T1 T2 T3 T4

Fait à :

Le :

Votre courtier conseil :
Code SPVIE :
Nom ou Cachet :

SIGNATURE de l'Assuré :
précédé de la mention "lu et approuvé" :

Assureur : GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE • Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire • 60 bd Duhamel du Monceau • CS 10609 • 45166 Olivet Cedex
• Siège social : 161 avenue Paul Vaillant-Couturier - 94258 Gentilly Cedex • 382 285 260 • RCS Créteil • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution située 61 rue Taitbout 75009 Paris • www.groupama.fr

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n° W751217424 • Son siège social est situé : 11 Quai de Dion Bouton 92816 PUTEAUX CEDEX.

Distributeur : SPVIE Assurances • 11, Quai de Dion Bouton • 92816 Puteaux cedex France • Tel +33 (0)1 85 08 06 00 • contact@spvie.com • www.spvie.com • SPVIE N° 525 355 251 SAS au capital de 46 294€ • N° ORIAS 10 058 151 SPVIE courtier d'assurance (article L.520-1, II, 1° du code des assurances) • Les numéros ORIAS sont vérifiables sur www.orias.fr • ACPR : Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 61 rue Taitbout 75009 Paris. Assurances responsabilité civile professionnelle conforme au Code des Assurances.