OBSÈQUES préobsiA

Exemplaire Gestion

Demande d'adhésion

A retourner à RÉUNICA Mutuelle - Service Individuel - 25, rue de Paradis - 75492 Paris Cedex 10

Membre participant (personne physique assurée)

Je soussigné(e) : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom .....

Prénom(s) ..... Numéro de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse .....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel .....@.....

déclare demander à adhérer au règlement mutualiste de préobsiA

Mode de règlement des cotisations choisi

		Choix de la formule et âge limite d'adhésion
Cotisation unique		60 ans maximum ☐
Cotisations temporaires	5 ans	65 ans maximum ☐
	10 ans	70 ans maximum ☐
	15 ans	70 ans maximum ☐
Cotisations viagères		75 ans maximum ☐

Capital obsèques choisi

☐ 2 000 Euros ☐ 2 500 Euros

☐ 3 000 Euros ☐ 3 500 Euros

☐ 4 000 Euros ☐ 5 000 Euros

☐ 6 000 Euros ☐ 7 000 Euros

☐ 8 000 Euros ☐ 9 000 Euros

☐ 10 000 Euros

Ma cotisation sera prélevée : ☐ mensuellement ☐ trimestriellement

Espace réservé au conseiller
INTERNET

Bénéficiaires

☐ **Désignation prévue au règlement mutualiste de préobsiA (à savoir, le capital sera dû par ordre de priorité à la ou les personnes suivantes : le conjoint du membre participant, non divorcé, non séparé ; le concubin ou le partenaire lié par un PACS ; les enfants vivants ou représentés du membre participant ; à défaut les héritiers dans l'ordre légal de la succession).**

ou ☐ Désignation particulière (ne la remplir que si la clause ci-dessus ne vous convient pas)

Nom et Prénom du ou des bénéficiaires (*)	Date de naissance	Adresse	Quote-part en % (**)
1			
2			
3			
4			

(*) Il peut s'agir d'une entreprise de Pompes funèbres. Le capital est alors versé en règlement et jusqu'à concurrence du montant de la facture des frais d'obsèques.
(**) Le total doit être égal à 100 %. Par défaut le capital sera versé aux bénéficiaires par parts égales.

Autorisation de prélèvement automatique du membre participant ou du membre honoraire

Je soussigné (e) .....

autorise RÉUNICA Mutuelle à prélever les sommes dont je suis débiteur au titre de la présente demande d'adhésion à préobsiA.

N° de Compte à débiter |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Je joins un RIB (RIP ou RICE) du compte à débiter et la copie d'une pièce d'identité.

Le membre participant atteste de l'exactitude des données ci-dessus mentionnées et reconnaît avoir pris connaissance et accepter les dispositions du règlement mutualiste de préobsiA ainsi que des statuts de RÉUNICA Mutuelle.

Fait à ..... Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Le Membre participant
(signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le Membre honoraire éventuel, payeur des cotisations
(signature précédée des noms et prénoms et de la mention "Bon pour accord de prélèvement")

RÉUNICA - Réf. 11083 - 11/2007

Siège social :
154, rue Anatole France – 92599 Levallois-Perret Cedex - Tél. : 01 41 05 23 45 - www.reunica.com

RÉUNICA Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le n° 432836849.
En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'opposition (art. 26 de la loi), d'accès (art. 34 à 38 de la loi) et de rectification (art. 36 de la loi) des données vous concernant. Ainsi, vous pouvez exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées en vous adressant à RÉUNICA Mutuelle - Service Mutuelle - 154, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret.

RÉUNICA MUTUELLE

OBSÈQUES préobsiA

Exemplaire Adhérent

Demande d'adhésion

A retourner à RÉUNICA Mutuelle - Service Individuel - 25, rue de Paradis - 75492 Paris Cedex 10

Membre participant (personne physique assurée)

Je soussigné(e) : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom .....

Prénom(s) ..... Numéro de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse .....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel .....@.....

déclare demander à adhérer au règlement mutualiste de préobsiA

Mode de règlement des cotisations choisi

		Choix de la formule et âge limite d'adhésion
Cotisation unique		60 ans maximum ☐
Cotisations temporaires	5 ans	65 ans maximum ☐
	10 ans	70 ans maximum ☐
	15 ans	70 ans maximum ☐
Cotisations viagères		75 ans maximum ☐

Capital obsèques choisi

☐ 2 000 Euros ☐ 2 500 Euros

☐ 3 000 Euros ☐ 3 500 Euros

☐ 4 000 Euros ☐ 5 000 Euros

☐ 6 000 Euros ☐ 7 000 Euros

☐ 8 000 Euros ☐ 9 000 Euros

☐ 10 000 Euros

Ma cotisation sera prélevée : ☐ mensuellement ☐ trimestriellement

Espace réservé au conseiller
INTERNET

Bénéficiaires

☐ **Désignation prévue au règlement mutualiste de préobsiA (à savoir, le capital sera dû par ordre de priorité à la ou les personnes suivantes : le conjoint du membre participant, non divorcé, non séparé ; le concubin ou le partenaire lié par un PACS ; les enfants vivants ou représentés du membre participant ; à défaut les héritiers dans l'ordre légal de la succession).**

ou ☐ Désignation particulière (ne la remplir que si la clause ci-dessus ne vous convient pas)

Nom et Prénom du ou des bénéficiaires (*)	Date de naissance	Adresse	Quote-part en % (**)
1			
2			
3			
4			

(*) Il peut s'agir d'une entreprise de Pompes funèbres. Le capital est alors versé en règlement et jusqu'à concurrence du montant de la facture des frais d'obsèques.
(**) Le total doit être égal à 100 %. Par défaut le capital sera versé aux bénéficiaires par parts égales.

Autorisation de prélèvement automatique du membre participant ou du membre honoraire

Je soussigné (e) .....

autorise RÉUNICA Mutuelle à prélever les sommes dont je suis débiteur au titre de la présente demande d'adhésion à préobsiA.

N° de Compte à débiter |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Je joins un RIB (RIP ou RICE) du compte à débiter et la copie d'une pièce d'identité.

Le membre participant atteste de l'exactitude des données ci-dessus mentionnées et reconnaît avoir pris connaissance et accepter les dispositions du règlement mutualiste de préobsiA ainsi que des statuts de RÉUNICA Mutuelle.

Fait à ..... Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Le Membre participant
(signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le Membre honoraire éventuel, payeur des cotisations
(signature précédée des noms et prénoms et de la mention "Bon pour accord de prélèvement")

RÉUNICA - Réf. 11083 - 11/2007

Siège social :
154, rue Anatole France – 92599 Levallois-Perret Cedex - Tél. : 01 41 05 23 45 - www.reunica.com

RÉUNICA Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le n° 432836849.
En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'opposition (art. 26 de la loi), d'accès (art. 34 à 38 de la loi) et de rectification (art. 36 de la loi) des données vous concernant. Ainsi, vous pouvez exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées en vous adressant à RÉUNICA Mutuelle - Service Mutuelle - 154, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret.

RÉUNICA MUTUELLE

OBSÈQUES préobsiA

Exemplaire Conseiller

Demande d'adhésion

A retourner à RÉUNICA Mutuelle - Service Individuel - 25, rue de Paradis - 75492 Paris Cedex 10

Membre participant (personne physique assurée)

Je soussigné(e) : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom.....

Prénom(s) ..... Numéro de Sécurité sociale

Adresse .....

Code postal Ville .....

Date de naissance Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel .....@.....

déclare demander à adhérer au règlement mutualiste de préobsiA

Mode de règlement des cotisations choisi

		Choix de la formule et âge limite d'adhésion
Cotisation unique		60 ans maximum ☐
Cotisations temporaires	5 ans	65 ans maximum ☐
	10 ans	70 ans maximum ☐
	15 ans	70 ans maximum ☐
Cotisations viagères		75 ans maximum ☐

Capital obsèques choisi

☐ 2 000 Euros ☐ 2 500 Euros
☐ 3 000 Euros ☐ 3 500 Euros
☐ 4 000 Euros ☐ 5 000 Euros
☐ 6 000 Euros ☐ 7 000 Euros
☐ 8 000 Euros ☐ 9 000 Euros
☐ 10 000 Euros

Ma cotisation sera prélevée : ☐ mensuellement ☐ trimestriellement

Espace réservé au conseiller
INTERNET

Bénéficiaires

☐ **Désignation prévue au règlement mutualiste de préobsiA (à savoir, le capital sera dû par ordre de priorité à la ou les personnes suivantes : le conjoint du membre participant, non divorcé, non séparé ; le concubin ou le partenaire lié par un PACS ; les enfants vivants ou représentés du membre participant ; à défaut les héritiers dans l'ordre légal de la succession).**

ou ☐ Désignation particulière (ne la remplir que si la clause ci-dessus ne vous convient pas)

Nom et Prénom du ou des bénéficiaires (*)	Date de naissance	Adresse	Quote-part en % (**)
1			
2			
3			
4			

(*) Il peut s'agir d'une entreprise de Pompes funèbres. Le capital est alors versé en règlement et jusqu'à concurrence du montant de la facture des frais d'obsèques.
(**) Le total doit être égal à 100 %. Par défaut le capital sera versé aux bénéficiaires par parts égales.

Autorisation de prélèvement automatique du membre participant ou du membre honoraire

Je soussigné (e) .....

autorise RÉUNICA Mutuelle à prélever les sommes dont je suis débiteur au titre de la présente demande d'adhésion à préobsiA.

N° de Compte à débiter

Je joins un RIB (RIP ou RICE) du compte à débiter et la copie d'une pièce d'identité.

Le membre participant atteste de l'exactitude des données ci-dessus mentionnées et reconnaît avoir pris connaissance et accepter les dispositions du règlement mutualiste de préobsiA ainsi que des statuts de RÉUNICA Mutuelle.

Fait à ..... Le

Le Membre participant
(signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Le Membre honoraire éventuel, payeur des cotisations
(signature précédée des noms et prénoms et de la mention "Bon pour accord de prélèvement")

RÉUNICA - Réf. 11083 - 11/2007

Siège social :
154, rue Anatole France – 92599 Levallois-Perret Cedex - Tél. : 01 41 05 23 45 - www.reunica.com

RÉUNICA Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le n° 432836849.
En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'opposition (art. 26 de la loi), d'accès (art. 34 à 38 de la loi) et de rectification (art. 36 de la loi) des données vous concernant. Ainsi, vous pouvez exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées en vous adressant à RÉUNICA Mutuelle - Service Mutuelle - 154, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret.

RÉUNICA MUTUELLE