PEREIRE
DIRECT

Siège social : 122, Boulevard Pereire - 75017 PARIS - Centre de gestion : 1050 Ch. des exquerts – 84170 MONTEUX.
Société de courtage en assurances - S.A.S. au capital de 15 000€ - RCS PARIS 802 974 717 – APE 662 2Z S
N° Orias N° 14 005 369 Site web Orias : www.orias.fr.
Garantie Financière et Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes au Code des Assurances.
Activité placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 Rue Taibout - 75009 PARIS)

Code Agence : ..... Code Apporteur : .....

Nom du Conseiller Commercial .....Code ORIAS : .....

Exemplaire à adresser à POP SANTE

Demande de souscription SOCRATE

(Réf EQC029BSB - 02.2015) ❒ Précompte ❒ Linéaire

❒ Nouvelle adhésion ❒ Ajout/retrait de bénéficiaires ❒ Modification de garantie ❒ Modification de date d'effet ❒ Autre : .....

La présente demande de souscription permet aux adhérents de bénéficier des prestations proposées par l'**EQUITE**, entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social , 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris cedex 09 - Société Anonyme au capital de 22 469 320 euros. R.C.S. Paris B 572 084 697 00034 - Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 et complétée par une annexe détaillant les prestations servies, l'ensemble formant un tout indissociable appelé contrat.

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT (1)

❒ M. ❒ Mme

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Né(e) le ..... ❒ Célibataire ❒ Marié ❒ Divorcé ❒ Veuf ❒ Séparé ❒ Vivant maritalement

Adresse : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : ..... Tél. domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email : .....Tél. bureau : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Org. d'affiliation obligatoire : ..... N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° d'organisme d'affiliation : |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_| Profession : .....

(1) Toutes les mentions sont obligatoires

GARANTIE CHOISIE : ❒ S1 ❒ S2 ❒ S3

Personnes à garantir

	Sexe	Nom / Prénom	Né(e) le	N° immatriculation	N° d'organisme d'affiliation	Régime (*)
Souscripteur	❒ M ❒ F					❒ AS ❒ TNS ❒ AL ❒ EA
Conjoint	❒ M ❒ F					❒ AS ❒ TNS ❒ AL ❒ EA
1er enfant	❒ M ❒ F					❒ AS ❒ TNS ❒ AL ❒ EA
2e enfant	❒ M ❒ F					❒ AS ❒ TNS ❒ AL ❒ EA
3e enfant	❒ M ❒ F					❒ AS ❒ TNS ❒ AL ❒ EA

(*) AS : Salarié - TNS : Travailleur Non Salarié - AL : Alsace Moselle - EA : Exploitant agricole

PAIEMENT DES COTISATIONS

Date d'effet souhaitée : 1er /...../.....

Échéance principale : 1er Janvier .....

PÉRIODICITÉ DU PAIEMENT DES COTISATIONS :

❒ Mensuelle (Prélèvement automatique obligatoire)

❒ Trimestrielle ❒ Semestrielle ❒ Annuelle

MODE DE PAIEMENT :

❒ Chèque (établi à l'ordre de POP SANTE)

Prélèvement automatique ❒ le 10 ou ❒ le 15

(en cas de paiement par prélèvement, merci de joindre un RIB, ainsi que le mandat de prélèvement ci-après dûment rempli).

Optez-vous pour le remboursement de vos prestations par virement ?

❒ OUI ❒ NON

Cotisation mensuelle de base.....	€
Frais mensuels de gestion :	3,58 €
Frais de courtage	€
Ma cotisation TTC au comptant	€

Pièces à joindre impérativement au dossier :

- *un relevé d'identité bancaire*
- *un mandat de prélèvement SEPA signé en cas de paiement mensuel*
- *Copies des attestations d'assurés sociaux mentionnant tous les bénéficiaires*
- *L'original de la présente demande d'adhésion*
- *Un jusitificatif de scolarité pour les enfants agés de plus de 18 ans*

Bulletin d'adhésion signé : ❒ sur le lieu de travail ❒ au domicile ❒ autre (précisez) .....

Je demande ma souscription au contrat SOCRATE

Je déclare être majeur et avoir pris connaissance du tarif, de la Notice d'Information valant Dispositions Générales Réf EQC029DGB - 02.2015, de la Convention ASSUREMA SANTE SENIOR VOYAGE ASSISTANCE d'EUROP ASSISTANCE, des Dispositions Générales Soutien Financier Sénior de COVEA, de la Notice d'Information Protection Juridique Santé Sénior de CFDP, du Tableau de Garanties Réf. EQC029TGB - 022015, du formulaire de renonciation et avoir reçu un exemplaire du présent contrat.

Je certifie sincères et véritables les indications portées sur la demande d'adhésion et en avoir conservé un exemplaire.

Je donne mandat à ASSUREMA / PEREIRE DIRECT à l'exclusion de toutes autres personnes, pour déterminer à tous moments les assureurs, institutions ou mutuelles de son choix; pour l'étude, le placement et la gestion de mes contrats d'assurances.

Je suis informé(e) qu'en application des accords passés pour bénéficier de la dispense d'avance des frais au titre du tiers payant et avec les régimes obligatoires de sécurité sociale concernant les échanges des données informatisées permettant d'effectuer des remboursements complémentaires sans transmission par mes soins du décompte du régime obligatoire, les informations me concernant seront transmises aux organismes gestionnaires des dits accords.
Je suis informé(e) que ces procédures de remboursement n'occasionnent aucun frais supplémentaire.

Si je ne souhaite pas que cette transmission soit faite, je coche les cases ci-après et ne bénéficierai pas des accords concernés :

☐ *TIERS PAYANT* ☐ *ÉCHANGES DE DONNÉES INFORMATISÉES (régime obligatoire)*

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature de l'adhérent
précédée de la mention « Lu et approuvé»

Signature du Conseiller

Cachet du cabinet

Complémentaire Santé

Référence unique du Mandat :	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	Nom du créancier : POP SANTE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez POP SANTE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de POP SANTE.

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 et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Nom et Prénom du DEBITEUR * .....

Adresse du DEBITEUR * .....

Code Postal * ..... Ville * ..... Pays .....

Les coordonnées de votre compte *

- Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

- Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du CREANCIER **POP SANTE**
I. C. S (Identifiant Créancier SEPA) **FR45ZZZ608166**
Adresse du CREANCIER **1050 Chemin des exquerts - 84170 MONTEUX - FRANCE**

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à *..... Date *.....

Signature *

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.