ACCIDENTS
ASSURANCE INDEMNITES BLESSURES BRULURES

DEMANDE D'ADHESION

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

VOUS :

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle (1) Nom : ..... Prénom : .....
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....
Adresse : ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Mobile : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ E-mail : .....@ .....

Etes-vous classé en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie au sens de la Sécurité sociale et/ou bénéficiez-vous d'une allocation de type APA, ATP, AAH, COTOREP ou autres ? ☐ OUI ☐ NON (1) (Attention, si la réponse est OUI, l'adhésion à cette garantie n'est pas possible).

OUI, j'adhère à « Blessures / Brûlures », pour un tarif mensuel de **8,45 € TTC** seulement
(soit 25,35 € TTC par trimestre ou 101,40 € TTC par an).

VOTRE CONJOINT :

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle (1) Nom : ..... Prénom : .....
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....
Adresse : ..... Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Mobile : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ E-mail : .....@ .....

Etes-vous classé en invalidité de 2eme ou 3eme catégorie au sens de la Sécurité sociale et/ou bénéficiez-vous d'une allocation de type APA, ATP, AAH, COTOREP ou autres ? ☐ OUI ☐ NON (1) (Attention, si la réponse est OUI, l'adhésion à cette garantie n'est pas possible).

OUI, j'adhère à « Blessures / Brûlures », pour un tarif mensuel de **6,76 € TTC** seulement
(soit 20,28 € TTC par trimestre ou 81,12 € TTC par an) la première année,
et de 8,45 € TTC par mois (soit 25,35 € TTC par trimestre ou 101,40 € TTC par an) les années suivantes

Date d'effet souhaitée : ☐

Mode de paiement : **1/ Chèque** (uniquement paiement annuel) **2/ Prélèvement** : annuel trimestriel mensuel(1)

DECLARATION D'ADHESION

Je soussigné, demande à adhérer à l'assurance « blessures / brûlures » souscrite auprès de la CAMEIC. Je déclare avoir pris connaissance et avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion ainsi que des dispositions générales du présent contrat valant note d'information ; accepte la formule de prélèvement automatique prévue pour le règlement de la cotisation ; déclare avoir été informé qu'en application de la Loi n° 2004-801 du 6 août, je dispose d'un droit d'accès aux informations, en vue de confirmer, modifier, rectifier ou supprimer les données, figurant sur un fichier, qui me concernent, en m'adressant à la CAMEIC ; déclare avoir été informé qu'en application de l'article L 112-9. -I du Code des assurances, je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat pour y renoncer. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à la CAMEIC, 25 rue de Madrid – 75008 PARIS. La résiliation prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Elle peut être formulée selon le modèle de lettre ci-dessous :

« Messieurs, je soussigné(e) – prénom et nom de l'Assuré – demeurant à – adresse principale – déclare faire usage de mon droit de renonciation, en application de l'article L 112-9.-I du Code des assurances. De ce fait, je déclare être informé que mon contrat est alors résilié à compter de la date de réception de cette lettre de renonciation adressée à la CAMEIC en courrier recommandé. Au cas où des cotisations auraient été perçues, je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période garantie. »

Fait à....., le ..... Signature

Date : ..... Votre signature (1er adhérent assuré) Précédée de la mention « lu et approuvé » :	Date : ..... Votre signature (2ème adhérent assuré) Précédée de la mention « lu et approuvé » :

Pièces à joindre obligatoirement à la demande d'adhésion :

- l'autorisation de prélèvement dûment complétée et signée ;
- un relevé d'identité bancaire ;
- la copie de la carte nationale d'identité R°/V° en cours de validité, ou du passeport en cours de validité, ou de la carte de séjour en cours de validité de l'Assuré et s'il y a lieu, du conjoint assuré.

(1) cochez la case concernée

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° national d'émetteur

429881

Désignation du compte à débiter

Titulaire du compte .....

N° ..... Rue .....

Commune ..... Code postal .....

Nom et adresse du créancier

CAMEIC
25, rue de Madrid
75008 – PARIS

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter

Banque ..... Agence .....

N° ..... Rue .....

Commune ..... Code postal .....

Compte à débiter

Code établissement | Code guichet | N° de compte | Clé RIB

Date : Signature :