CIPRÉS Assurances
Simplement entrepreneurs

DYNAFI

Demande Individuelle d'Adhésion

STU
UNESCO STAFF UNION
SYNDICAT DU PERSONNEL DE L'UNESCO

FRAIS DE SANTE PERSONNEL DE L'UNESCO

Demande Individuelle d'Adhésion à retourner au :

Cabinet DYNAFI
118 avenue Félix Faure
75015 PARIS
E-mail : commercial@dynafi.fr

❑ **Affiliation** ❑ **Modification (mariage, naissance, déménagement, etc…)**

Joindre impérativement à cette Demande Individuelle d'Adhésion
- ❒ RIB ou un RIP + l'Autorisation de prélèvement en page 2
- ❒ Justificatif de vie commune (concubins et pacsés)
- ❒ Justificatif de situation si enfants de + de 18 ans (Certificat de scolarité, etc…)
- ❒ Photocopie de votre attestation C.A.M. ou attestation Vitale Sécurité Sociale

Etiez- vous couvert précédemment par un contrat Frais de Santé ☐ **OUI** ☐ **NON**
(Si oui, joindre un certificat de radiation avec les garanties correspondantes)

COTISATIONS MENSUELLES 2018

❑ Salarié de – 65 ans *(Gratuité à partir du 3ème enfant)*	❑ Salarié de 65 ans et plus *(Gratuité à partir du 3ème enfant)*
68.64 € / Adulte - Nombre d'Adulte ❑ 1 ou ❑ 2	**131.04 € / Adulte** - Nombre d'Adulte ❑ 1 ou ❑ 2
52.00 € / Enfant - Nombre d'Enfant ❑ 1 ❑ 2 ou +	**52.00 € / Enfant** - Nombre d'Enfant ❑ 1 ❑ 2 ou +

Date d'adhésion |_|_|_|_|_|_|_|_| . Salarié affilié à la Caisse Maladie UNESC ☐ **OUI** ☐ **NON**

ADHERENT

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse ..... C.P. |_|_|_|_|_|

Ville ..... Tél. ..... **Email** .....

N° C.M. UNESCO ..... ou N° S.S |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Situation de famille ☐ Marié/Pacsé(e) ☐ Concubin ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf

BENEFICIAIRE(S) DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Lien de parenté	NOM	PRENOM	N° C.M. UNESCO OU N° S. S.	DATE DE NAISSANCE	AFFILIE C.M. UNESCO
Conjoint, concubin ou pacsé					❑ OUI ❑ NON
1er enfant					❑ OUI ❑ NON
2ème enfant					❑ OUI ❑ NON
3ème enfant					❑ OUI ❑ NON
4ème enfant					❑ OUI ❑ NON

En plus de cette adhésion, votre conjoint (marié/pacsé/concubin) bénéficie-t-il déjà d'une autre mutuelle ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Loi informatique et liberté. Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur et, 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 du : Service Clients CIPRES vie 37, rue Anatole France 92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX

Signature de l'adhérent :
Précédée de la mention « lu et approuvé »

le .....

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

(RUM fournie par CIPRES Assurances)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CIPRES Assurances, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et …… (nom de la banque), votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CIPRES Assurances. 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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CANDIDAT A L'ASSURANCE (LE DEBITEUR)

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CP : VILLE :

COORDONNEES BANCAIRES :

CODE IBAN (NUMERO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE)

CODE BIC (NUMERO D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE)

NOTE : VOS DROITS CONCERNANT LE PRESENT MANDAT SONT EXPLIQUES DANS UN DOCUMENT QUE VOUS POUVEZ OBTENIR AUPRES DE VOTRE BANQUE

ORGANISME ASSUREUR OU SON DELEGATAIRE (LE CREANCIER)

NOM : **CIPRES Assurances** IDENTIFIANT ICS : **FR12ZZZ400404**

ADRESSE : **37, rue Anatole France**

CP : **92300** VILLE : **LEVALLOIS**

TYPE DE PAIEMENT : [X] **REPETITIF** [ ] **PONCTUEL**

SIGNATURE DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

SIGNATURE :

FAIT A …… LE ……..

CE DOCUMENT EST A RETOURNER A L'ORGANISME CREANCIER

Informatique et libertés - Traitement des fonnées personnelles : Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'étude de la présente demande. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 Janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 Août 2004, vous bénéficierez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant un courrier auprès de CIPRES Assurances - Informatique et libertés 37 rue Anatole France - 92532 Levallois Perret Cedex.