



OREPA DÉCÈS ACCIDENTEL

DEMANDE DE SOUSCRIPTION

Bénéficiez de la protection Décès Accidentel de 500 € sans frais. **N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT**

CHOISISSEZ ICI UN CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE ALLANT JUSQU'À 150 000 €.
Cochez seulement une case ci-dessous.

Vous	<input type="checkbox"/> 10 000 €	<input type="checkbox"/> 25 000 €	<input type="checkbox"/> 50 000 €	<input type="checkbox"/> 100 000 €	<input type="checkbox"/> 150 000 €
Cotisation mensuelle	2,75 €	6,80 €	13,65 €	27,25 €	40,90 €
Vous et votre conjoint	<input type="checkbox"/> 10 000 €	<input type="checkbox"/> 25 000 €	<input type="checkbox"/> 50 000 €	<input type="checkbox"/> 100 000 €	<input type="checkbox"/> 150 000 €
Cotisation mensuelle	4,40 €	10,90 €	21,80 €	43,60 €	65,40 €

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AFFILIÉ :

Date de naissance :

E-mail :

@

Aidez-nous à préserver l'environnement en nous donnant votre adresse e-mail



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

*SI PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE SOUHAITÉE
AUSSI POUR LE CONJOINT (lettres majuscules SVP).*

M^{lle} M^{me} M.

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance :

Jour

Mois

Année

Je / nous souhайте / souhaitons souscrire à OREPA Décès Accidentel et reconnais / reconnaissons avoir pris connaissance de la Notice d'Information relative à ce contrat. J'ai / nous avons désigné mes / nos bénéficiaires au verso.

Vous pouvez renoncer à la souscription du présent contrat dans les 30 jours qui suivent sa réception. Cette renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec avis de réception au centre de gestion OREPA-Prévoyance, BP 20011 - 59895 Lille cedex 9. Elle peut être rédigée selon le modèle indiqué dans la Notice d'Information.

Date

Jour

Mois

Année

Signature : _____

Conformément à la loi dite « loi Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez du droit d'accès et de rectification pour toutes les informations vous concernant sur le fichier à l'usage de l'Institution de Prévoyance, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés en vous adressant au siège social d' OREPA-Prévoyance.

Ne pas détacher. Ce document sera remis à votre banque par OREPA-Prévoyance.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

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

1 TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

2 COMPTE À DÉBITER

Codes		Clé	
Établissement	Guichet	N° du compte	RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
417 661

CRÉANCIER

OREPA-Prévoyance
Institution de Prévoyance
174, rue de Charonne - 75128 Paris cedex 11

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

4 SIGNATURE

Date _____

Signature : _____

Pour l'affilié :

Bénéficiaire(s) en cas de décès avant le terme du contrat (cochez l'une des 3 cases ci-dessous) :

- 1. Mon conjoint non-divorcé ni séparé de corps, à défaut la personne avec laquelle j'aurais souscrit un pacte civil de solidarité, à défaut mon concubin, à défaut mes autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, sans tenir compte des donations et testaments.
- 2. Mes enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales.
- 3. Autres bénéficiaires (merci d'indiquer leurs noms, prénoms et la part du capital revenant à chacun d'eux. À défaut la répartition s'opère par parts égales) :

À défaut de choix exprimé, la clause 1 s'appliquera.

Pour le conjoint :

Bénéficiaire(s) en cas de décès avant le terme du contrat (cochez l'une des 3 cases ci-dessous) :

- 1. Mon conjoint non-divorcé ni séparé de corps, à défaut la personne avec laquelle j'aurais souscrit un pacte civil de solidarité, à défaut mon concubin, à défaut mes autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, sans tenir compte des donations et testaments.
- 2. Mes enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales.
- 3. Autres bénéficiaires (merci d'indiquer leurs noms, prénoms et la part du capital revenant à chacun d'eux. À défaut la répartition s'opère par parts égales) :

À défaut de choix exprimé, la clause 1 s'appliquera.