OREPA HOSPITALISATION ACCIDENT
FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

PRÉPARÉ POUR :

Merci de compléter

Date de naissance de l'affilié : ____/____/____
Jour Mois Année

E-mail : _____

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

INDEMNITÉS EN CAS D'ACCIDENT

(choisissez votre protection en cochant une case) :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Indemnités en cas d'hospitalisation	**30 € par jour**	**50 € par jour**	**70 € par jour**
Indemnités en cas de séjour en soins intensifs	45 € par jour	75 € par jour	105 € par jour
Capital décès	5 000 €	5 000 €	5 000 €
Affilié seul :	☐ 6,25 € par mois	☐ 9,50 € par mois	☐ 12,75 € par mois
Affilié et son conjoint :	☐ 10,70 € par mois	☐ 16,35 € par mois	☐ 22,00 € par mois

Détails concernant le conjoint (si couverture désirée) **LETTRES MAJUSCULES S.V.P.**

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance du conjoint : ____/____/____ Pour souscrire, le conjoint doit avoir moins de 75 ans.
Jour Mois Année

Je souhaite souscrire à la garantie OREPA Hospitalisation Accident, proposée par OREPA-Prévoyance, comme je l'ai indiqué ci-dessus, et reconnais avoir pris connaissance de la Notice d'Information de ce contrat. J'ai complété la demande de prélèvement automatique ci-dessous.

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.

Le ____/____/____ Signature ▶ _____
Jour Mois Année

N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT

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

Vous pouvez désigner sur papier libre votre ou vos bénéficiaires en précisant leurs nom, prénom, adresse et quote-part éventuelle. Par défaut le ou les bénéficiaires en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat sont : son conjoint non divorcé ni séparé de corps, à défaut la personne avec laquelle il ou elle aurait souscrit un pacte civil de solidarité, à défaut son concubin, à défaut ses autres héritiers en proportion de leur part héréditaire sans tenir compte des donations et testaments.

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(s) _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

CRÉANCIER

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

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
417 661

2 COMPTE À DÉBITER

Codes Établissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Établissement _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

4 SIGNATURE

▶ _____

Date _____

ORE-CF-HO-S-V1

N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.