



OREPA DÉCÈS ACCIDENTEL DEMANDE DE SOUSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AFFILIÉ :

M THIERRY COURTOIS
39 RUE GODOT DE MAUROY
75009 PARIS

COCHEZ CETTE CASE POUR BÉNÉFICIER SANS FRAIS D’UN MONTANT DE 500 € D’ASSURANCE DÉCÈS ACCIDENTEL.

A123456

Date de naissance : E-mail (facultatif) : _____ @ _____

CHOISISSEZ LA PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE SI VOUS LE SOUHAITEZ. (Ne cochez qu'une case et complétez l'autorisation de prélèvement automatique)

Affilié uniquement	▶	<input type="checkbox"/> 15 000 €	<input type="checkbox"/> 30 000 €	<input type="checkbox"/> 60 000 €	<input type="checkbox"/> 90 000 €	<input type="checkbox"/> 120 000 €
<i>Cotisation mensuelle</i>	▶	4,10 €	8,20 €	16,35 €	24,50 €	32,70 €
Affilié et conjoint	▶	<input type="checkbox"/> 15 000 €	<input type="checkbox"/> 30 000 €	<input type="checkbox"/> 60 000 €	<input type="checkbox"/> 90 000 €	<input type="checkbox"/> 120 000 €
<i>Cotisation mensuelle</i>	▶	6,55 €	13,10 €	26,20 €	39,25 €	52,35 €

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

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

Mlle Mme M. Nom : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : Jour Mois Année

Je/nous souhaite (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 à OREPA-Prévoyance, 60505 Chantilly cedex. Elle peut être rédigée selon le modèle indiqué dans la notice d'information.

Date
Jour Mois Année

Signature de l'affilié **THIERRY COURTOIS**

IMPORTANT - VOUS DEVEZ RENVOYER CETTE DEMANDE AVANT LE : 15 JUIN 2008 N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT

Conformément à la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, l'assuré a le droit d'accès et de rectification pour toutes informations le concernant sur le fichier à l'usage de l'institution, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnelles concernés en s'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.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

CRÉANCIER

417 661

OREPA-Prévoyance
15 rue de la Fontaine au Roi
75545 Paris cedex 11

1 TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom _____
Prénom(s) _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Établissement _____
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"/>

4 SIGNATURE

Le _____

Pour l'affilié :

Bénéficiaires 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 :

Bénéficiaires 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.

En cas d'acceptation par le bénéficiaire de sa désignation, celle-ci devient irrévocable.

Pour plus de précisions, reportez-vous à la notice d'information.