

PRISE DE CONNAISSANCE, VALIDATION ET SIGNATURE DE VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION :

Défaut de paiement : je reconnais être redevable à la SMERAG de la totalité du solde de ma cotisation. En cas d'incident du fait du titulaire du compte de domiciliation lors de la présentation d'une échéance de prélèvement, je reconnais à la SMERAG le droit :

- De suspendre le versement de toute prestation m'étant due, jusqu'au parfait paiement, dans le respect de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité.
- De me verser rétroactivement les prestations de la garantie effectivement acquittée.

La SMERAG met en œuvre un traitement, dont elle est responsable, de données à caractère personnel vous concernant à des fins de gestion de vos demandes d'adhésion, de gestion et de suivi de la relation avec ses adhérents et de l'exécution contractuelle, notamment des prestations et leur comptabilité, de gestion des réclamations, d'animation, de sélection et de prospection, de paiement et de recouvrement, de gestion et de suivi des liquidations, d'enquête, de sondage et de gestion de la satisfaction, de contrôle interne, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, de gestion du contentieux, et plus généralement à des fins d'exécution de ses obligations issues des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Pour recevoir les informations utiles sur la Sécurité sociale et votre mutuelle, n'oubliez pas de COCHER ICI.

Les réponses à ce bulletin sont toutes obligatoires. En leur absence, votre adhésion pourrait ne pas être validée ou son traitement retardé. Les destinataires des données sont les services habilités de la SMERAG, ses prestataires techniques et les autorités habilitées à les connaître. Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime au traitement des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à la prospection notamment commerciale. Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé, en s'adressant à la SMERAG - Service Informatique et libertés - CS 61136 - 97249 Fort-de-France Cedex.

J'accepte de recevoir de la prospection par voie postale et par courrier électronique (mél, SMS, MMS, ...) de la part de la SMERAG et de ses partenaires. Par ailleurs, si vous ne souhaitez plus recevoir de courriers électroniques d'information de la SMERAG et de ses prestataires, vous pourrez en activant le lien présent dans chaque mél interrompre ces envois.

En signant le bulletin d'adhésion, vous acceptez expressément que des données à caractère personnel relatives à votre santé ainsi que, le cas échéant, en tant que titulaire de l'autorité parentale, celles relatives à vos enfants bénéficiaires, soient traitées dans le cadre de l'exécution des prestations liées au contrat, pour les opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations et pour lesquelles ces données doivent être obligatoirement traitées sous peine de ne pouvoir effectuer lesdites garanties ou prestations.



L'adhésion se renouvelle automatiquement pour 12 mois à compter du 1^{er} octobre 2017 (sauf pour l'Assurance étudiante). Vous pouvez dénoncer votre adhésion tous les ans conformément aux dispositions du Règlement mutualiste.

J'ai pris connaissance des statuts, du Règlement mutualiste et Notices d'informations, référencés SMERAG 2016 (consultables et téléchargeables sur www.smerag.fr, disponibles dans les accueils SMERAG et par correspondance auprès de la SMERAG - Services Adhésions - CS 61136 - 97249 Fort-de-France cedex) et j'en accepte les conditions. Je suis, notamment, informé(e) du montant total de la cotisation due, de la durée minimum de mon adhésion, du contenu des garanties et des exclusions, de la loi française applicable à mon contrat, de la langue des échanges avec la SMERAG, des modalités d'examen des réclamations et du recours à la médiation.

Je sollicite dès à présent la prise d'effet de mon adhésion, mais suis informé(e) que, **conformément à l'article 6 du Règlement mutualiste, j'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la SMERAG - Services Adhésions - CS 61136 - 97249 Fort-de-France cedex - pendant un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à ma garantie SMERAG (un modèle de lettre de renonciation est annexé au Règlement mutualiste).**

Fait à : Le :

Signature :

N'OUBLIEZ PAS DE REMPLIR INTÉGRALEMENT LE BULLETIN D'ADHÉSION ET DE LE SIGNER.

À remplir uniquement si vous avez choisi le paiement par prélèvement, **en y joignant votre RIB.**

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT EUROPÉEN (SEPA)



Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SMERAG à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, ou à la banque de votre débiteur solidaire (vos parents, par exemple) pour débiter son compte. Vous autorisez également votre banque à débiter votre compte (ou la banque du débiteur solidaire à débiter son compte), conformément aux instructions de la SMERAG. Attention, les comptes et les livrets d'épargne ne peuvent faire l'objet d'un prélèvement.

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.

Veuillez compléter les champs marqués par un astérisque*

Titulaire du compte :

Nom * :

Nom / Prénom(s) du débiteur

Votre adresse * :

Numéro et nom de la rue

Code postal * : Ville * :

Pays * :

Les coordonnées de votre compte * :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : **SMERAG**

I.C.S : **F R 5 0 Z Z Z 4 2 0 0 9 0** Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier : **CS 61136 - 97249 Fort-de-France Cedex**

Pays : **France**

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif (correspond à vos prélèvements mensuels) Paiement ponctuel

Signé à * :

Lieu

Date :

jour mois année

Signature(s)* Veuillez signer ici :

À retourner avec votre bulletin d'adhésion à :

**SMERAG
CS 61136
97249 Fort-de-France Cedex**

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.