



DEMANDE D'ADHÉSION SANTALIA EUCARE

Exemplaire à retourner à SANTALIA

VOTRE COURTIER
wyr insurance

0063-12324

Santalia

02 80 80 751 **www.santalia.be**

Tous les champs doivent être renseignés

ADHÉRENT

M^{me} M^{lle} M. Nom : _____
 Organisme d'affiliation obligatoire : **RCAM - Fonctionnaire européen**
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____

Prénom : _____
 Téléphone : _____
 GSM : _____
 Email : _____
 Pays : _____

- Je demande mon adhésion à l'association « La Prévoyance Européenne » dont je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts.
- Je demande l'adhésion pour tous les membres de mon foyer à la garantie SANTALIA EUCARE référencée « CSAN1301 », souscrite par l'association « La Prévoyance Européenne » auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle de droit français soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité français, domiciliée 68 Rue du Rocher, 75396 PARIS Cedex 08, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993.

Signature
de l'adhérent
obligatoire

FORMULE

SANTALIA EUCARE+ **SANTALIA EUCARE HOSPI** **SANTALIA EUCARE HOSPI+** Date d'effet : _____
 Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date d'enregistrement de la demande d'adhésion par SANTALIA.

Rang	NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe	Numéro d'immatriculation	Cotisation mensuelle
ADH						€
CJT						€
ENF1						€
ENF2						€
ENF3						€
ENF4						€

RÈGLEMENT

- Domiciliation**
 Mensuelle* Trimestrielle* Semestrielle Annuelle
 * Uniquement pour la formule EUCARE+
 Le 5 du mois Le 10 du mois Le 15 du mois
 Appel de cotisation (Annuel obligatoire)

TOTAL MENSUEL (hors frais) _____ €
 DROITS MENSUELS ET ASSISTANCE _____ 6,00 €

COTISATION MENSUELLE T.T.C. : _____ €

JE SOUSSIGNÉ(E)

- Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information SANTALIA EUCARE, des conditions générales SANTALIA ASSISTANCE et des statuts de Mutuelle Bleue dont je reconnais avoir reçu un exemplaire,
- Déclare être en possession du Diagnostic Assurance Soins de Santé ayant servi de base à l'établissement de la présente demande d'adhésion,
- Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.
- Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre adhésion. Conformément à la Loi « Informatique et Libertés »

Signature
de l'adhérent
précédée
de la mention
manuscrite
« Lu et approuvé »

Fait à : _____ le _____

du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant, en vous adressant à SANTALIA SA - BP10 - 7500 TOURNAI ST-MARTIN - BELGIQUE. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA

Référence unique du mandat : _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Santalia à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Santalia. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DÉBITEUR

NOM, Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 IBAN : _____
 BIC : _____ (Tous les champs doivent être renseignés)

Signé à : _____ Le : ____/____/____

CRÉANCIER

SANTALIA SA
BP10 – 7500 TOURNAI ST-MARTIN
BELGIQUE
 Identifiant Créancier SEPA (ICS) :
BE19ZZ0899250673

Type de paiement : récurrent/répétitif ponctuel
 Signature(s) obligatoire(s)

DEMANDE À ÊTRE REMBOURSÉ SUR LE COMPTE SUIVANT (si différent du compte de domiciliation) :

Nom, Prénom : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

BIC : _____
 IBAN : _____