



6 NIOLLET - 37120 CHAMPIGNY SUR VEUDE
TEL 02 47 94 50 92 EMAIL CONTACT@MCEL.FR

CABINET DE COURTAGE EN ASSURANCES
N° ORIAS : 07 301 017

Formalisation du Devoir de Conseil

Article L520-1 du code des assurances (loi du 15 décembre 2005)

Votre identité

Nom : ...TOURNESOL..... Prénom : ...Tryphon.....
Adresse : ...1 avenue du Chateau.....
Code postal : ...37000..... Ville ; MOULINSART.....

Situation professionnelle

Profession : ...Inventeur.....

Madame, Monsieur,

Le présent document retrace nos échanges et notre dialogue. Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Préciser votre situation personnelle, familiale et professionnelle
- Définir vos souhaits et objectifs **en matière d'assurances santé** pour vous-même.
- Mettre en évidence l'adéquation de notre offre, telle que nous l'adapterons ensemble à votre situation, sous réserve, le cas échéant, de l'acceptation technique et médicale de l'assureur concerné.

Nous vous rappelons que le choix de ce contrat, a été fait parmi les meilleures offres correspondantes, de plusieurs compagnies d'assurances avec lesquelles notre cabinet collabore. Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation et de vos besoins tels que vous nous les avez exprimés et notifiés ci-après.

Vos réponses sont essentielles puisque étant à la base de nos échanges, de notre réflexion et de l'offre qui vous est formulée. A défaut, l'appréciation de votre situation ne pourrait qu'être partielle et remettre en question la qualité de notre conseil.

Vos objectifs

- Souscrire à un régime d'assurance santé individuelle

La demande d'adhésion, ci-jointe, reprend l'ensemble des informations que vous nous avez communiquées, concernant votre état civil, votre situation familiale, professionnelle, patrimoniale et financière.

Cette demande d'adhésion au contrat [Equilibre Sante](#)..... souscrit et géré auprès de la Compagnie d'Assurances [SMAM](#)....., compte tenu des informations ci-dessus communiquées, constitue une solution au regard de votre situation et des besoins que vous avez exprimés,

Vous reconnaissez avoir reçu un exemplaire du présent document, et l'ensemble des informations relevant de l'article L 520-1 du Code des Assurances que nous vous invitons à conserver avec l'exemplaire du bulletin de souscription et des annexes vous revenant.

Nous restons naturellement à votre entière disposition pour tout élément d'information complémentaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Fait en deux exemplaires, à [Moulinsart](#)....., le [20/03/2009](#).....

Le Souscripteur

Le Courtier, Séraphin Lampion



7 rue Saint Jacques - BP 841
86108 CHÂTELLERAULT CEDEX
Tél. 05 49 02 18 35
Fax 05 49 02 04 87

RCS B 391 897 261
ORIAS n° 07 019 262
(www.orias.fr)

gestion@smamcourtage.com

N° ADHÉRENT G :

DEMANDE D'ADHÉSION

(Sous réserve d'acceptation par l'association GIRPE, et le cas échéant de la résiliation du précédent contrat)

DATE D'EFFET AU : 01/04/2009
DATE DE SOUSCRIPTION : 19/03/2009

Réception avant le 15 : effet 1^{er} du mois en cours
Réception après le 15 : effet 1^{er} du mois suivant
Date de l'échéance principale : 1^{er} JANVIER

ADHÉSION NOUVELLE

AVENANT

VENTE :

FACE À FACE :

À DOMICILE :

À DISTANCE :

N° DE LA DEMANDE :

00000017

Code intermédiaire : 123456

Cabinet : MCEL

Coordonnées : 6 Niollet, 37120 Champigny sur Veude

Tél : 02 47 95 50 92

RCS : 501 387 188

ORIAS n°: 07 001 002

Conseiller :

Qualité :

ORIAS n°:

Renseignements obligatoires

SOUSCRIPTEUR	Nom Prénom	TOURNESOL Tryphon	
	Adresse	1 avenue du Chateau	
	CP / Ville	37000	MOULINSART
	N° Téléphone	0247955092	E-mail contact@mcel.fr

Reporter strictement toutes les indications figurant sur la ou les Carte(s) d'Assuré Social en cours de validité

BÉNÉFICIAIRES	Civilité	Nom Prénom	Date de naissance	N° INSEE	Catégorie sociale	Organisme d'affiliation
	Souscripteur	M	TOURNESOL Tryphon	17/01/1981	163107507600112	AS
Conjoint / Conubin	MME	CASTAFIORE Bianca	17/12/1978	163107507600112	TNS	987654
	M	HADDOCK Archibald	30/10/2007	163107507600112	TNS	1234567
Enfants et/ou Ascendants						

GARANTIE RETENUE	Produit / Option :	Equilibre Sante 125	
	Garantie(s) Optionnelle(s) retenue(s) :	<input type="checkbox"/> Garantie Décès par accident	<input type="checkbox"/> Clause bénéficiaire : <input type="checkbox"/> Autre(s) :
		<input type="checkbox"/> Option + Rapat. de corps	Pays d'origine :
		<input type="checkbox"/> Garantie Scolaire - Extra Scolaire	
	<input type="checkbox"/> Garantie Exonération de Cotisations		

COTISATION Mensuelle 20.09 € TTC*

* Hors Aide à la Mutualisation

Prélèvement au : 5 du mois

Frais de dossier (1) 20 €

(1) Les frais de dossier pourront être prélevés indépendamment de la 1^{ère} cotisation dans le mois de saisie de l'adhésion passé le délai de réflexion porté ci-dessus.

Je soussigné (e), Benoit Pepermans passé mon délai de réflexion, accepte le paiement annuel de mes cotisations, fractionnable par périodicité moyennant un prélèvement automatique sur mon compte bancaire.

Je soussigné (e), Tryphon Tournesol demande mon adhésion à l'association GIRPE sous réserve de son

acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat collectif Equilibre Sante 125 souscrit auprès de SMAM MUTUELLE 45 à 49, Av. Jean Moulin 17000 LA ROCHELLE Régie par le livre II du code de la Mutualité, immatriculée au registre national des mutuelles sous le n°781337266 et accepte qu'elle peut être résiliée au 1^{er} janvier de chaque année, signifiée à SMAM COURTAGE par lettre recommandée au moins 2 mois avant l'échéance principale et seulement après 1 an minimum de souscription ; déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales ainsi que des notices d'informations des garanties en inclusion ou en option souscrites par des contrats collectifs dont le signataire peut être la mutuelle ou l'association objet de l'article 12 des conditions générales et avoir été informé des tarifs frais de santé, des cotisations associatives et des cotisations liées à tout autre prestations, des frais accessoires ainsi que des changements liés au tranche d'âge, déclare savoir que les images informatiques de nos décomptes de remboursements pourront être transmises par les Caisses d'Assurance Maladie à l'association ou à la Mutuelle et que je peux à tout moment m'y opposer par écrit. Je reconnais avoir été informé(e) que les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès au fichier, ou de rectification, prévue par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

À Moulinsart

Le 20/03/2009

Signature

MODALITÉS DE FACULTÉ DE RENONCIATION

(Selon les Articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25, L. 121-26 et L 121-20-8, L 121-20-9, L121-20-10, L121-20-11, L121-20-12, L121-20-13, L121-20-14, L121-20-15 suivants du Code de la Consommation)

Dans le cadre d'un démarchage à domicile ou d'une vente à distance et ce à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion, vous avez la possibilité de renoncer à votre souscription dans les délais portés à l'article 7 des conditions générales annexées en adressant une lettre recommandée à SMAM COURTAGE, mandataire de l'association GIRPE, demandant à bénéficier de l'application du présent article et ce en conformité aux articles nommés ci-dessus. Si ce délai ci-avant désigné expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Gratuité au 3^{ème} enfant

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par SMAM COURTAGE également mandaté aux fins de recouvrement de mes cotisations. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. En outre SMAM COURTAGE s'engage à ne pas prélever ma première cotisation avant l'expiration de mon délai de renonciation suivant la signature de mon adhésion conformément au Code de la Consommation.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

SMAM Courtage
7 rue Saint-Jacques
86100 CHÂTELLERAULT
S.A.S. au capital de 400 000€ - RCS. B 391 897 261
ORIAS n° 07 019 262 (www.orias.fr)

N° NATIONAL
D'ÉMETTEUR

389809

COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom, Prénoms : Tryphon Tournesol

Adresse : 1 avenue du Chateau,
37000 MOULINSART

COMPTE À DÉBITER

Codes		Compte numéro	Clé RIB
Établissement	Guichet		
12345	6789	12345678901	99

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

BNP Esmeralda

7 avenue Victor Hugo

CP 92140

Ville : CLAMART

Date 20/03/2009

Signature

► À remplir si le compte de prélèvement est différent de celui des virements de prestations.

COORDONNÉES BANCAIRES VIREMENT DE PRESTATIONS

COORDONNÉES COMPTE À CRÉDITER

Nom, Prénoms : _____

Adresse : _____

COMPTE À CRÉDITER

Codes		Compte numéro	Clé RIB
Établissement	Guichet		

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À CRÉDITER

CP _____

Ville : _____

► Signature Électronique