



ASSURÉMENT Humain

Tél. : 01 55 21 13 20



BULLETIN D'ADHÉSION OCIRP VIE DÉPENDANCE

OCIRP 
et la vie continue

INFORMATIONS ASSURÉ(E) ■

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Lieu de naissance : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

**Document à remplir en deux exemplaires et à retourner à :
Agence GMF Monceau - 148 rue Anatole France - 92300 Levallois Perret**

COTISATIONS ■

Je souhaite adhérer au contrat OCIRP VIE Dépendance et je choisis le montant de ma cotisation mensuelle :

30 €/mois 45 €/mois 70 €/mois 100 €/mois

Mode de règlement :

Prélèvement mensuel automatique (Joindre un RIB avec l'Autorisation de Prélèvement signée)

Par chèque si paiement (du montant à régler à l'ordre de « Hélicium – OCIRP VIE ») :

semestriel annuel

Êtes-vous intéressé(e) par l'acquisition d'unités de rente dépendance additionnelles ?

(Conformément aux dispositions prévues à l'article 6.5. de la notice d'information de ce contrat)

Oui Non

L'offre ci-dessus est valable un mois après réception du présent document.

Je suis informé(e) que l'acceptation de ma demande d'adhésion au contrat OCIRP VIE Dépendance prendra effet, dès réception d'un exemplaire du bulletin d'adhésion signé par OCIRP VIE.

La garantie prend effet, à la date indiquée au bas du présent bulletin adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation par OCIRP VIE.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et des conditions générales sur les dispositions essentielles du contrat (relatives aux garanties, ainsi que sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation), le barème des valeurs d'acquisition et la valeur de service de la rente.

Je certifie ne pas être dépendant au sens du présent contrat et notamment ne pas avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle.

Je reconnais, de plus, avoir eu connaissance de la notice d'information des services d'assistance. Je reconnais l'exactitude des données contenues dans ce document.

L'assuré

Fait à _____, le _____



Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

OCIRP VIE – L'assureur

Fait à _____, le _____



Signature et cachet de OCIRP VIE

GMF ASSURANCES, société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au R.C.S. de Paris sous le numéro B398 972 901, APE 600E dont le siège social est sis 148 rue Anatole France - 92300 Levallois Perret.

OCIRP VIE, société anonyme au capital de 26 192 964 €, et la vie continue entreprise régie par le Code des assurances. RCS PARIS 339 688 608. Siège social situé au 17 rue de Marignan - CS 50 003 - Paris (8^e).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre contrat. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment au regard de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les destinataires des données sont GMF Assurances, OCIRP VIE et ses partenaires toujours dans le cadre de la gestion de votre contrat. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à GMF ASSURANCES, 148 rue Anatole France - 92300 Levallois Perret.