



Association Recherche d'Assurances Médicales Individuelles ou de Sauvegarde
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Déclarée à Paris le 7 juillet 2003 sous le N° 00160683
Siège social : 20-22, rue Louis Armand – 75015 PARIS

DEMANDE D'ADHESION

Je soussigné (Mr, Mme)

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville Tél

Mobile Adresse Mail

Demande, après avoir pris connaissance de ses statuts, et, en particulier des articles 1 - 2 - 5 - 6 - 7 - 10 - 19 à adhérer à l'Association ARAMIS, comme membre actif conformément aux conditions de l'article 6.

Cette adhésion, dont je serai le titulaire, pourra comprendre, au seul titre d'ayants droit, mon conjoint ou concubin, mes enfants légitimes ou adoptés, pour autant qu'ils remplissent les conditions nécessaires pour bénéficier des prestations ou services proposés et réservés aux membres actifs titulaires ; ceci après en avoir fait la demande et payé la cotisation annuelle correspondante. Je serai tenu d'informer ARAMIS par écrit de tout changement dans la composition de familiale indiquée, dans le cas où celle-ci pourrait entraîner une modification des bénéficiaires ayants droit.

Le règlement de ma première cotisation annuelle sera fait par prélèvement ; les suivants seront effectués par prélèvement annuel sur le compte bancaire ou postal désigné à cet effet. Je veillerai à prévenir ARAMIS au moins 30 jours avant la date d'échéance de toute modification concernant cette domiciliation.

Fait à..... le

signature

BENEFICIAIRES

Mr Mme.....

Enfants à charge.....

.....

.....



Association Recherche d'Assurances Médicales Individuelles ou de Sauvegarde
 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Déclarée à Paris le 7 juillet 2003 sous le N° 00160683
 Siège social : 20-22, rue Louis Armand – 75015 PARIS

DEMANDE D'ADHESION

Je soussigné (Mr, Mme)

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville Tél

Mobile Adresse Mail

Demande, après avoir pris connaissance de ses statuts, et, en particulier des articles 1 - 2 - 5 - 6 - 7 - 10 - 19 à adhérer à l'Association ARAMIS, comme membre actif conformément aux conditions de l'article 6. Cette adhésion, dont je serai le titulaire, pourra comprendre, au seul titre d'ayants droit, mon conjoint ou concubin, mes enfants légitimes ou adoptés, pour autant qu'ils remplissent les conditions nécessaires pour bénéficier des prestations ou services proposés et réservés aux membres actifs titulaires ; ceci après en avoir fait la demande et payé la cotisation annuelle correspondante. Je serai tenu d'informer ARAMIS par écrit de tout changement dans la composition de familiale indiquée, dans le cas où celle-ci pourrait entraîner une modification des bénéficiaires ayants droit.

Le règlement de ma première cotisation annuelle sera fait par prélèvement ; les suivants seront effectués par prélèvement annuel sur le compte bancaire ou postal désigné à cet effet. Je veillerai à prévenir ARAMIS au moins 30 jours avant la date d'échéance de toute modification concernant cette domiciliation.

Fait à..... le

Signature

Mandat de prélèvement SEPA 		<small>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de</small> <small>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.</small>	
Référence unique du mandat :		Identifiant créancier SEPA : FR55ZZ484602	
Débitéur : Votre Nom Votre Adresse Code postal Ville Pays		Créancier : Nom Association ARAMIS Adresse 20/22 Rue Louis ARMAND Code postal 75015 Ville PARIS Pays FRANCE	
IBAN BIC A :		Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel Le :	
Signature :		<small>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</small> Veillez compléter tous les champs du mandat.	