DEMANDE DE SOUSCRIPTION

– À remettre à votre conseiller Unéo –

☑ **Oui**, je souhaite souscrire le contrat Unéo PAQUO

☐ M. ☐ Mlle Nom : _____

Prénom : _____

Adresse de correspondance : _____

N° et rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de téléphone* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Email : _____

☐ Je suis logé en caserne (chambre ou chambrée)

☐ Je suis logé hors caserne dans un meublé mis à disposition par l'armée et destiné à être partagé avec d'autres militaires

Caserne ou base : _____ Unité : _____

N° et rue : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Je suis déjà sociétaire de la GMF :

☐ Oui - N° de sociétaire ou de contrat : _____

☐ Non

**Information facultative pour mieux vous servir.*

▸ **Je suis :** ☐ Officier ☐ Sous-officier ☐ Militaire du rang

▸ **Je suis engagé(e) dans :** ☐ la Marine ☐ l'Armée de l'Air ☐ la Gendarmerie ☐ l'Armée de Terre ☐ les Services

▸ **Je souhaite que mon contrat Unéo Paquo prenne effet le :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

à zéro heure (et au plus tôt le lendemain de la date d'expédition de cette demande d'assurance, le cachet de la poste faisant foi), sous réserve de l'accord de l'assureur et de l'encaissement effectif de la cotisation, pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

☐ **Oui**, je souhaite souscrire en plus, l'option Tous Risques Appareils Nomades au tarif annuel de 60 € (en Métropole, Guadeloupe, Martinique, La Réunion).

☐ **Je règle un montant de 27 €* (au lieu de 30,09 €*) ou**

☐ **Je règle un montant de 87 €* (au lieu de 90,09 €*) si je souscris aussi l'option Tous Risques Appareils Nomades par :**

☐ **Prélèvement annuel** (joindre impérativement le mandat de prélèvement récurrent SEPA ci-dessous accompagné d'un RIB, à ma demande d'assurance).

☐ **Carte Bancaire :** ☐ Visa ☐ Eurocard/Mastercard ☐ Autre

Numéro : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Expirant fin : |_|_|/|_|_|

|_|_|_| Cryptogramme visuel (3 derniers chiffres au dos de la carte)

☐ Chèque à l'ordre de GMF Assurances joint à ma demande d'assurance.

☐ **Prélèvement mensuel (UNIQUEMENT si je souscris l'option Tous Risques Appareils Nomades) :** ma mensualité sera de 7,25 € hors frais de mensualisation** (joindre impérativement à ma demande d'assurance le mandat de prélèvement récurrent SEPA ci-dessous accompagné d'un RIB).

** Tarifs TTC au 01/04/2018 (en Métropole, Guadeloupe, Martinique, La Réunion) / ** frais de mensualisation en sus par mois de 2,29 € TTC en Métropole, 2,07 € TTC en Guadeloupe, Martinique, La Réunion.*

- La fourniture des informations demandées est obligatoire pour pouvoir bénéficier du présent contrat. Vous êtes avisé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.
- Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces informations peuvent aussi faire l'objet de traitements aux fins de gestion commerciale ; de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ; de lutte contre la fraude à l'assurance, pouvant entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les données sont destinées à la GMF, responsable des traitements et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités contractuellement ou statutairement liées. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à GMF – 45930 Orléans cedex 9.

▸ **J'adresse ou je remets ma demande à mon correspondant** (voir adresse au dos de ce dépliant)

▸ Fait à : _____ ▸ Signature :

▸ Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

- INFORMATION SUR LA LISTE D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE - En application des dispositions du Code de la Consommation, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, GMF ne pourra pas les démarcher par téléphone sauf s'ils ont communiqué leur n° de téléphone afin d'être recontactés ou sauf s'ils sont titulaires auprès de GMF d'un contrat en vigueur.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT SEPA

TITULAIRE DU MANDAT

Nom : _____

Prénom : _____

N° et rue : _____

Lieu-dit : _____

Code postal : _____ Ville : _____

RÉFÉRENCES BANCAIRES - IBAN

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|

ORGANISME CRÉANCIER : ICS FR92ZZZ620803

GMF ASSURANCES - 148 rue Anatole France - 92300 Levallois

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GMF Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GMF Assurances. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées pour gérer votre prélèvement. Elles sont destinées à la GMF, responsable de traitement et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités contractuellement liées. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à GMF – 45930 Orléans cedex 9.

▸ Fait à : _____ ▸ Signature :

▸ Le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

GMF

ASSURÉMENT HUMAIN

GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.
LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 45930 Orléans Cedex 9.