

## Vous n'êtes plus pris en charge par la mutuelle de vos parents ou vous devez faire face à de nouveaux besoins de santé ?

Vous pouvez maintenant adhérer à l'une de nos mutuelles complémentaires SMERAG, au tarif proratisé et aux garanties adaptées pour les étudiants. Votre mutuelle complètera, en tout ou partie, le remboursement de vos frais de santé par la Sécurité sociale et vous assurera la sérénité dans vos études.



## POUR ADHÉRER, C'EST SIMPLE !

### 1 CHOISISSEZ VOTRE MUTUELLE :

Parce que vous êtes unique, choisissez la mutuelle complémentaire qui vous correspond :

#### LA MINIMALE (10€ / MOIS)

L'essentiel de votre couverture santé, en toute sécurité.

#### LA FONDAMENTALE (29,50€ / MOIS)

Une protection santé enrichie pour plus de confort, incluant les forfaits santé.

#### LA TOTALE (44€ / MOIS)

Pour garder l'esprit tranquille : du haut de gamme pour vos remboursements de soins.

Moins cher qu'une "mutuelle traditionnelle",  
la Minimale SMERAG à 10€/mois seulement

Vous pouvez consulter le détail des garanties sur le Règlement Mutualiste SMERAG 2016 en accueil ou sur [smerag.fr](http://smerag.fr)

#### DATE D'EFFET DE VOTRE MUTUELLE

- Si vous n'aviez pas de mutuelle, votre mutuelle SMERAG prend effet le lendemain (à zéro heure) de votre date d'adhésion.
  - Si vous étiez couvert jusqu'alors par une mutuelle et si vous êtes radié depuis moins d'un mois (sur présentation d'un certificat de radiation), votre mutuelle SMERAG prend effet le lendemain de la date de radiation de votre précédente couverture. Vous recevrez votre carte mutuelle à l'issue de votre adhésion.
- Dans tous les cas, votre mutuelle sera valable jusqu'au 30/09/2017 et reconduite tacitement tous les ans.**

### 2 REMPLISSEZ LE BULLETIN D'ADHÉSION EN PAGE 3 ET 4, PUIS SIGNEZ-LE.

### 3 JOIGNEZ VOTRE RÈGLEMENT :

- Soit du montant total par chèque à l'ordre de la SMERAG, par carte bancaire ou en espèces (uniquement en accueil).
  - Soit du montant de l'acompte uniquement :
    - Si vous adhérez entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 février 2017 inclus pour une mutuelle 9 mois.
    - Si vous adhérez entre le 1<sup>er</sup> avril et le 15 mai 2017 inclus pour une mutuelle 6 mois.
- Référez-vous en page 3 de cette brochure pour en connaître les modalités.

Si vous souhaitez que votre conjoint(e)\* ou vos enfants bénéficient de votre mutuelle, ajoutez :

- 100% du montant de votre cotisation, pour votre conjoint(e)\*.
- 50% du montant de votre cotisation, pour chacun de vos enfants mineurs (GRATUIT pour les enfants nés durant l'année universitaire).

\* Seul le conjoint/concubin/partenaire Pacs **non étudiant** peut être inscrit en qualité de bénéficiaire. S'il est étudiant, il doit adhérer en son nom propre (par bulletin d'adhésion séparé).

### 4 REMETTEZ VOTRE DOSSIER COMPLET À LA SMERAG

(Soit dans l'un de nos accueils, soit par courrier, voir paragraphe CONTACTER LA SMERAG ci-dessous)

## ASSURANCE ÉTUDIANTE SMERAG

INCLUDE DANS LES MUTUELLES COMPLÉMENTAIRES SMERAG

- Assurance Responsabilité Civile **OBLIGATOIRE** si vous êtes responsable d'un accident,
- + Individuelle Accident si vous êtes victime d'un accident,
- + Assistance voyages / déplacements / rapatriement.

L'ASSURANCE ÉTUDIANTE SMERAG peut être souscrite également "en Solo" pour 14€/an seulement !



### MY SMERAG VOTRE ESPACE PERSONNEL ET GRATUIT SUR SMERAG.FR

- Alerte email et suivi de vos remboursements de soins
- Téléchargement de votre attestation de Responsabilité Civile
- Abonnement à la newsletter de la SMERAG
- Renouvellement de votre adhésion à la mutuelle ou à l'Assurance étudiante SMERAG
- Changement de vos coordonnées postales, bancaires.

etc.

## CONTACTER LA SMERAG

@ [smerag.fr](http://smerag.fr) / Rubrique : CONTACT

### GUADELOUPE

-  27, Rue Achille-René-Boisneuf  
97110 Pointe-à-Pitre  
Ouverture : 9h-13h du lundi au vendredi
-  Tél : 0590 89 29 30 - Fax : 0590 21 35 35  
[guaadeloupe@smerag.fr](mailto:guaadeloupe@smerag.fr)
-  Courrier : SMERAG  
BP 379 - 97162 Pointe-à-Pitre Cedex

### MARTINIQUE

-  35, Rue Victor Schoelcher  
97200 Fort-de-France  
Ouverture : 9h-13h du lundi au vendredi
-  Tél : 0596 72 82 00 - Fax : 0596 60 16 02  
[martinique@smerag.fr](mailto:martinique@smerag.fr)
-  Courrier : SMERAG  
CS 61136 - 97249 Fort-de-France Cedex

### GUYANE

-  Université de Guyane - Bâtiment F (1<sup>er</sup> étage)  
Site de trou-biran - 97300 Cayenne  
Ouverture : 9h-13h le lundi, mercredi et vendredi
-  Tél : 0594 25 21 83 - Fax : 0594 25 21 84  
[guyane@smerag.fr](mailto:guyane@smerag.fr)
-  Courrier : SMERAG  
BP 662 - 97335 Cayenne Cedex

Remboursement Sécu + Mutuelle sur la base des tarifs de la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins <sup>(A)(B)</sup>	Taux SÉCURITÉ SOCIALE	Minimale SMERAG 10 €/mois			Fondamentale SMERAG 29,50 €/mois			Totale SMERAG 44 €/mois		
		9 mois (90€)	6 mois (60€)	3 mois (30€)	9 mois (265,50€)	6 mois (177€)	3 mois (88,50€)	9 mois (396€)	6 mois (264€)	3 mois (132€)
<b>Taux Sécurité sociale + Mutuelle</b>										
<b>SOINS COURANTS</b>										
<b>CONSULTATION/VISITE A DOMICILE JUSTIFIÉE</b>										
Généralistes (Médecin traitant et correspondant)	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Spécialistes (Médecin traitant et correspondant) (1)	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %	130 %
<b>PHARMACIE</b>										
Pharmacie 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 65 %	65 %	95 %	95 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 30 %	30 %	30 %	30 %	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie 15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %
Analyses médicales	60 %	95 %	95 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dentaire (soins et prothèses)	70 %	70 %	70 %	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cure thermale	70 %	70 %	70 %	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sage femme	70 %	70 %	70 %	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Radiologie/ actes médicaux/ chirurgie sans hospitalisation (avec soins < 120 €)	70 %	70 %	70 %	70 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %	130 %
Prothèses (hors dentaire), pansements, accessoires et petit appareillage <sup>(2)</sup>	60 %	60 %	60 %	60 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %	130 %
Transport médical	65 %	65 %	65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	60 %	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Optique acceptée par la Sécurité sociale	60 %	60 %	60 %	60 %	100 %	100 %	100 %	300 %	300 %	300 %
<b>HOSPITALISATION</b>										
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	80 à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier 18 €/jour et 13,50 €/jour pour la psychiatrie <sup>(3)</sup>		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Participation assuré 18 €		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>FORFAITS ANNUELS INCLUS</b>										
Détartrage (2 séances/ année universitaire)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage Hépatite B		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait Vaccins (non remboursés par la Sécurité sociale) <sup>(4)(5)</sup>		22,50€	15,00€	7,50€	22,50€	15,00€	7,50€	22,50€	15,00€	7,50€
Forfait cure de sevrage tabagique <sup>(6)(3)</sup>					22,50€	15,00€	7,50€	22,50€	15,00€	7,50€
Forfait optique : montures, verres correcteurs, lentilles <sup>(9)(7)</sup>								56,25€	37,50€	18,75€
Forfait dentaire : prothèses <sup>(2)(5)</sup>					37,50€	25,00€	12,50€	75,00€	50,00€	25,00€
Forfait pilule contraceptive dernière génération <sup>(5)</sup>					30,00€	20,00€	10,00€	45,00€	30,00€	15,00€
Forfait pilule du lendemain <sup>(5)</sup>					7,50€	5,00€	2,50€	7,50€	5,00€	2,50€
Forfait test de grossesse <sup>(5)</sup>								15,00€	10,00€	5,00€
Forfait cure <sup>(5)</sup>								15,00€	10,00€	5,00€
<b>FORFAIT "BIEN-ÊTRE" *</b>										
Consultation diététique <sup>(8)</sup>					15,00€	10,00€	5,00€	30,00€	20,00€	10,00€
Consultation ostéopathie <sup>(8)</sup>								15,00€	10,00€	5,00€
<b>LES PLUS SMERAG</b>										
Assurance étudiante (Responsabilité Civile <sup>(9)</sup> , Assistance Rapatriement <sup>(9)</sup> , Individuelle Accident <sup>(10)</sup> )					INCLUS			INCLUS		
Carte Club privilèges SMERAG					INCLUS			INCLUS		
<b>FONDS D'ENTRAIDE</b>										
FONDS D'ENTRAIDE <sup>(11)</sup>					INCLUS			INCLUS		

\* Votre agence locale SMERAG (voir coordonnées en couverture de la brochure) vous fournit sur demande les coordonnées des professionnels de santé (diététiciens et osthéopathes).

Les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge ainsi que le ticket modérateur supplémentaire.

Les dépassements que peuvent demander les médecins spécialistes restent à la charge du patient dans la limite du montant défini par la ou les conventions nationales conclues dans le cadre de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale. La participation forfaitaire de 1 € et la franchise médicale, obligatoires, restent à la charge de l'adhérent si celles-ci sont dues.

(A) Les taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'Assemblée Générale de la SMERAG du 7 Mai 2016. Ils incluent le remboursement forfaitaire et franchise médicale, si celles-ci sont dues, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

(B) Se reporter au Règlement mutualiste et Notices d'informations référencés SMERAG 2016 pour connaître la date d'effet des garanties, le détail des prestations, leurs conditions de versement et les exclusions.

(1) Remboursement des visites ou consultations de psychiatrie ou neuropsychiatrie limité à 100 % pour la garantie Totale.

(2) Après accord de la Sécurité sociale.

(3) Forfait journalier hospitalier limité à :

- Pour la Minimale :  
9 mois = 23 jours/année universitaire  
6 mois = 15 jours/année universitaire  
3 mois = 8 jours/année universitaire

- Pour la Fondamentale :  
9 mois = 34 jours/année universitaire  
6 mois = 23 jours/année universitaire  
3 mois = 11 jours/année universitaire
- Pour la Totale :  
9 mois = 45 jours/année universitaire  
6 mois = 30 jours/année universitaire  
3 mois = 15 jours/année universitaire

Pour la psychiatrie et neuro-psychiatrie, forfait limité à :

- 9 mois = 15 jours/année universitaire  
6 mois = 10 jours/année universitaire  
3 mois = 5 jours/année universitaire

(4) Vaccins, dont le Vaccin Anti-Grippal, et rappels non pris en charge par la Sécurité sociale ayant une autorisation de mise sur le marché à la date des soins.

(5) Forfait proratisé en fonction de la durée d'adhésion, versé sur présentation des factures correspondantes.

(6) En complément du remboursement Sécurité sociale de 50 €/an, participation de la SMERAG proratisée en fonction de la durée d'adhésion.

(7) Forfait proratisé s'appliquant aux montures et verres remboursés par la Sécurité sociale et aux lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.

(8) Montant proratisé. Remboursements sur présentation d'une facture acquittée portant le cachet complet et le n° d'identifiant du professionnel de santé **obligatoirement agréé**.

(9) Risques assurés par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(10) Garantie réassurée à hauteur de 80% par la Compagnie d'assurance ACE Europe.

(11) Sur présentation du dossier. L'attribution des allocations d'entraide est laissée à la libre appréciation de la SMERAG (décision du Président ou de son délégué, sur avis de la commission du fonds d'entraide), en fonction de la situation personnelle de l'adhérent et dans la limite des fonds dont dispose la SMERAG.

Merci de remplir ce bulletin au stylo bille en lettres capitales, de le signer et de le retourner dans un accueil SMERAG. Joignez impérativement un RIB pour le remboursement de vos soins, quel que soit le mode de règlement choisi, une copie de votre pièce d'identité et de votre carte d'étudiant. Si en cours d'année des informations vous concernant changent, merci de nous en informer.

### VOUS :

Mme  M.  
 Nom : .....  
 Nom de jeune fille : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal :      Ville : .....  
 N° tél. : Domicile           
 Portable :          
 E-mail : .....  
 Date de naissance :         
 jour    mois    année  
 Lieu de naissance : ..... Dpt :   Pays : .....  
 Nationalité : .....  
 N° d'identifiant SMERAG :            
 N° de Sécurité sociale :

Si vous êtes rattaché à un autre centre de Sécurité sociale que le Centre 617-SMERAG souhaitez-vous bénéficier de la transmission automatique de vos remboursements entre votre centre de Sécurité sociale et votre mutuelle SMERAG ?  oui  non  
 N'oubliez pas de nous faire parvenir une copie de votre attestation de droits en cours de validité, ainsi que celle de votre éventuel conjoint, concubin ou partenaire Pacs s'il est votre bénéficiaire.

### VOTRE ÉTABLISSEMENT D'ÉTUDES SUPÉRIEURES :

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....  
 Êtes-vous dans votre dernière année d'études ?  oui  non  ne sait pas

### VOTRE MODE DE PAIEMENT :

#### Paiement comptant :

Payez votre cotisation en remplissant l'encadré "VOTRE RÉGLEMENT" ci-dessous.

VOTRE RÉGLEMENT :  €

#### Espèces (uniquement en accueil SMERAG)

Signature SMERAG BON POUR REÇU

#### Chèque à l'ordre de la SMERAG

#### Carte bancaire

Titulaire : .....  
 N° de la carte bancaire : .....  
 .....  
 Date d'expiration :     mois    année    Signature : .....  
 Date :     jour    mois    année

OU

#### Paiement par prélèvements

Vous pouvez choisir de payer mensuellement la cotisation de votre mutuelle :

- Formule 9 mois** : uniquement si vous adhérez entre le 01/01/2017 et le 15/02/2017 inclus : acompte de 2 mois + vos frais de prélèvements bancaires de 5€ (par contrat), puis 3 prélèvements automatiques, le 10 de chaque mois à partir de mars 2017.

- Formule 6 mois** : uniquement si vous adhérez entre le 01/04/2017 et le 15/05/2017 inclus : acompte de 2 mois + vos frais de prélèvements bancaires de 5€ (par contrat), puis 2 prélèvements automatiques, le 10 de chaque mois à partir de juin 2017.

Les prélèvements peuvent être faits sur votre compte personnel ou sur celui d'un débiteur solidaire - vos parents, par exemple.

#### 1 Détail des prélèvements :

	Pour 9 mois	Pour 6 mois
<b>Minimale SMERAG adulte :</b>	acompte de 27,50 €* + 3 prélèvements de 22,50 €	acompte de 25 €* + 2 prélèvements de 20 €
<b>Minimale SMERAG enfant :</b>	acompte de 11,25 € + 3 prélèvements de 11,25 €	acompte de 10 € + 2 prélèvements de 10 €
<b>Fondamentale SMERAG adulte :</b>	acompte de 71,39 €* + 3 prélèvements de 66,37 €	acompte de 64 €* + 2 prélèvements de 59 €
<b>Fondamentale SMERAG enfant :</b>	acompte de 33,18 € + 3 prélèvements de 33,19 €	acompte de 29,50 € + 2 prélèvements de 29,50 €
<b>Totale SMERAG adulte :</b>	acompte de 104 €* + 3 prélèvements de 99 €	acompte de 93 €* + 2 prélèvements de 88 €
<b>Totale SMERAG enfant :</b>	acompte de 49,50 € + 3 prélèvements de 49,50 €	acompte de 44 € + 2 prélèvements de 44 €

\* Pour le conjoint bénéficiaire rattaché au contrat, les montants de l'acompte sont de 22,50€ pour la Minimale SMERAG 9 mois / 20€ pour la 6 mois, 66,39€ pour la Fondamentale SMERAG 9 mois / 59€ pour la 6 mois, et 99€ pour la Totale SMERAG 9 mois / 88€ pour la 6 mois..

#### 2 Payez votre acompte en complétant l'encadré "VOTRE RÉGLEMENT" ci-contre.

#### 3 Complétez votre mandat de prélèvement Européen (SEPA) au verso.

## PRISE DE CONNAISSANCE, VALIDATION ET SIGNATURE DE VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION :

**Défaut de paiement :** je reconnais être redevable à la SMERAG de la totalité du solde de ma cotisation. En cas d'incident du fait du titulaire du compte de domiciliation lors de la présentation d'une échéance de prélèvement, je reconnais à la SMERAG le droit :

- De suspendre le versement de toute prestation m'étant due, jusqu'au parfait paiement, dans le respect de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité.
- De me verser rétroactivement les prestations de la garantie effectivement acquittée.

La SMERAG met en œuvre un traitement, dont elle est responsable, de données à caractère personnel vous concernant à des fins de gestion de vos demandes d'adhésion, de gestion et de suivi de la relation avec ses adhérents et de l'exécution contractuelle, notamment des prestations et leur comptabilité, de gestion des réclamations, d'animation, de sélection et de prospection, de paiement et de recouvrement, de gestion et de suivi des liquidations, d'enquête, de sondage et de gestion de la satisfaction, de contrôle interne, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, de gestion du contentieux, et plus généralement à des fins d'exécution de ses obligations issues des dispositions légales, réglementaires et administratives.

**Pour recevoir les informations utiles sur la Sécurité sociale et votre mutuelle, n'oubliez pas de COCHER ICI.**

**Les réponses à ce bulletin sont toutes obligatoires.** En leur absence, votre adhésion pourrait ne pas être validée ou son traitement retardé. Les destinataires des données sont les services habilités de la SMERAG, ses prestataires techniques et les autorités habilitées à les connaître. Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime au traitement des données vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à la prospection notamment commerciale. Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé, en s'adressant à la SMERAG - Service Informatique et libertés - CS 61136 - 97249 Fort-de-France Cedex.

J'accepte de recevoir de la prospection par voie postale et par courrier électronique (mél, SMS, MMS, ...) de la part de la SMERAG et de ses partenaires. Par ailleurs, si vous ne souhaitez plus recevoir de courriers électroniques d'information de la SMERAG et de ses prestataires, vous pourrez en activant le lien présent dans chaque mél interrompre ces envois.

**En signant le bulletin d'adhésion, vous acceptez expressément que des données à caractère personnel relatives à votre santé ainsi que, le cas échéant, en tant que titulaire de l'autorité parentale, celles relatives à vos enfants bénéficiaires, soient traitées dans le cadre de l'exécution des prestations liées au contrat, pour les opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations et pour lesquelles ces données doivent être obligatoirement traitées sous peine de ne pouvoir effectuer lesdites garanties ou prestations.**



**L'adhésion se renouvelle automatiquement pour 12 mois à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017 (sauf pour l'Assurance étudiante). Vous pouvez dénoncer votre adhésion tous les ans conformément aux dispositions du Règlement mutualiste.**

J'ai pris connaissance des statuts, du Règlement mutualiste et Notices d'informations, référencés SMERAG 2016 (consultables et téléchargeables sur [www.smerag.fr](http://www.smerag.fr), disponibles dans les accueils SMERAG et par correspondance auprès de la SMERAG - Services Adhésions - CS 61136 - 97249 Fort-de-France cedex) et j'en accepte les conditions. Je suis, notamment, informé(e) du montant total de la cotisation due, de la durée minimum de mon adhésion, du contenu des garanties et des exclusions, de la loi française applicable à mon contrat, de la langue des échanges avec la SMERAG, des modalités d'examen des réclamations et du recours à la médiation.

Je sollicite dès à présent la prise d'effet de mon adhésion, mais suis informé(e) que, **conformément à l'article 6 du Règlement mutualiste, j'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la SMERAG - Services Adhésions - CS 61136 - 97249 Fort-de-France cedex - pendant un délai de 30 jours à compter de la date d'adhésion à ma garantie SMERAG (un modèle de lettre de renonciation est annexé au Règlement mutualiste).**

Fait à : ..... Le :

**Signature :**

**N'OUBLIEZ PAS DE REMPLIR INTÉGRALEMENT LE BULLETIN D'ADHÉSION ET DE LE SIGNER.**

À remplir uniquement si vous avez choisi le paiement par prélèvement, **en y joignant votre RIB.**

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT EUROPÉEN (SEPA)

Référence Unique du Mandat :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SMERAG à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, ou à la banque de votre débiteur solidaire (vos parents, par exemple) pour débiter son compte. Vous autorisez également votre banque à débiter votre compte (ou la banque du débiteur solidaire à débiter son compte), conformément aux instructions de la SMERAG. Attention, les comptes et les livrets d'épargne ne peuvent faire l'objet d'un prélèvement.

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.

**Veuillez compléter les champs marqués par un astérisque\***

Titulaire du compte :

Nom \* : .....  
Nom / Prénom(s) du débiteur

Votre adresse \* : .....  
Numéro et nom de la rue

Code postal \* :      Ville \* : .....

Pays \* : .....

Les coordonnées de votre compte \* :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : **SMERAG**

I.C.S : **F R 5 0 Z Z Z 4 2 0 0 9 0** Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier : **CS 61136 - 97249 Fort-de-France Cedex**

Pays : **France**

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif (correspond à vos prélèvements mensuels)  Paiement ponctuel

Signé à \* : .....  
Lieu

Date :

Signature(s)\* Veuillez signer ici :

**À retourner avec votre bulletin d'adhésion à :**

**SMERAG  
CS 61136  
97249 Fort-de-France Cedex**

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.