

Option retenue (cochez ci-dessous votre option)

Déclic  Classic  Tonic  Energic  Dynamic  Nova  Santé Seniors 1  2  3

Bulletin à remplir en lettres capitales. Le 1er feuillet est à retourner à votre bureau d'accueil. Le second est à conserver.

ADHERENT

Date d'adhésion demandée : 01 | 20 | 1 | Si réception du bulletin d'adhésion avant le 15, l'adhésion est effective à compter du premier jour du mois en cours. Si réception du bulletin d'adhésion après le 15, l'adhésion est effective à compter du premier jour du mois suivant.

Votre numéro de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé : | | |

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Vous êtes :  ouvrier  employé  technicien  cadre autre : .....

Date de naissance : | | | | 19 | | | | Sexe :  masculin  féminin

Situation de famille :  célibataire(e)  marié(e)  concubin(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Régime obligatoire d'assurance maladie :  général  local  TNS\*  autre : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Tél : ..... Mobile : ..... Mail : .....

LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

VOTRE CONJOINT ou CONCUBIN

Son numéro de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé : | | |

si non à charge au titre de la S.S.

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de naissance : | | | | 19 | | | | Sexe :  masculin  féminin

Régime obligatoire d'assurance maladie :  général  local  TNS  autre : .....

VOS ENFANT(S) ET PERSONNE(S) A CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	N° de Sécurité sociale

MODE DE REGLEMENT DES COTISATIONS

Mensuel par prélèvement automatique : premier mois à régler par chèque à l'adhésion + 2 euros de droits d'adhésion.

Trimestriel par TIP : premier trimestre à régler par chèque à l'adhésion + 2 euros de droits d'adhésion.

Inscrivez ici votre numéro de compte bancaire ou postal : Code établissement Code guichet N° de compte Clé RIB

.....

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement.

N° national d'émetteur : 317489

Nom, prénom et adresse du débiteur.	Nom et adresse du créancier Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville - 75010 Paris
Compte à débiter Code établissement Code guichet N° de compte Clé RIB	Nom et adresse de l'établissement teneur de compte à débiter

Date et signature obligatoires : Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Adhésion à la Mutuelle Familiale

Le contrat mutualiste est conclu pour une durée d'un an et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. L'adhésion est renouvelable par tacite reconduction d'année civile en année civile. Peuvent souscrire un contrat mutualiste les personnes immatriculées à un régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Adhésion après 60 ans : Si, au moment de l'adhésion, le souscripteur a 60 ans ou plus, seule l'adhésion à l'une des 3 options Santé Seniors est possible, sauf s'il justifie d'une fin de droits au dispositif CMU de moins de 3 mois.

Option Nova

Cette option s'adresse aux adhérents de 16 à 30 ans. L'adhésion en option Nova doit intervenir avant 30 ans.

Droit aux prestations

Le droit aux prestations prend effet immédiatement après l'adhésion. Le droit aux prestations obsèques, pour les contrats qui les prévoient, est acquis après un délai de carence de 9 mois, pour l'adhérent ou ses ayants droit.

Changement d'option

Le membre participant peut demander un changement d'option après 1 année civile pleine d'adhésion dans l'option précédemment souscrite. Cette demande devra être notifiée par écrit au moins 2 mois avant la fin de l'année civile pour prendre effet au 1er janvier qui suit la demande.

PIÈCES A FOURNIR

- Le chèque comprenant votre première cotisation et 2 euros de droits d'adhésion, libellé à l'ordre de la Mutuelle Familiale.
  - La photocopie de votre attestation Vitale et éventuellement celles des autres bénéficiaires immatriculés à un régime obligatoire.
  - Un relevé d'identité bancaire ou postal si vous optez pour le prélèvement automatique de vos cotisations et pour le virement de vos prestations sur votre compte.
  - Un relevé d'identité bancaire ou postal pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans, souhaitant percevoir ses prestations sur son propre compte.
- Pour vos enfants ayants droit mutualistes jusqu'à 25 ans, fournir la photocopie de l'attestation Vitale sur laquelle figure l'ouverture de leurs droits ainsi que le justificatif de leur situation : carte d'étudiant, contrat d'apprentissage, carte d'handicapé ou notification Assedic.

Les cotisations et prestations sont valables pour l'année en cours dans le cadre des prestations actuelles.

\*Pour adhérer à la Mutuelle Familiale dans le cadre de la loi Madelin\*\*, j'adhère à l'Association Nationale du Développement et de la promotion sociale des Professions Indépendantes (ANDPI). Je prends connaissance de la nécessité d'avoir à produire moi-même les attestations de paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires, à mes caisses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie.

\*\*Contrat d'assurance de groupe souscrit, en application de la loi du 11/02/1994 et du décret du 05/09/1994 par l'ANDPI (Association Nationale du Développement et de la promotion sociale des Professions Indépendantes) régie par la loi du 1er juillet 1901 - ANDPI - 447 Avenue de Jouques, Site d'activité Les Paluds - Pôle Performance - Bt. C1 - 13400 Aubagne.

Je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle de l'assuré entraînerait la nullité de l'assurance.

Ces informations ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès et de rectification pour toute information vous concernant sur notre fichier, conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 7817 du 06.01.1978.

J'autorise l'échange d'informations par télématique entre mon régime d'Assurance maladie obligatoire, mon régime d'Assurance Maladie Complémentaire, la Mutuelle Familiale, les professionnels de santé et l'opérateur gestionnaire du tiers-payant. Je donne mon consentement à l'enregistrement des données de mon contrat mutualiste sur ma nouvelle carte Vitale 2, de manière à faciliter le service de Demande de Remboursement Electronique (DRE).

Je certifie que tous les renseignements sont exacts, avoir pris connaissance et être en possession des statuts et règlements de la Mutuelle Familiale.

Fait à ..... le ..... Signature obligatoire :