

DEMANDE D'ADHÉSION

AVENANT

Cocher la case correspondante

JE SOUSSIGNÉ(E), Mme, Mlle, M. (1)

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : lieu-dit :

N° et rue :

Code Postal : Commune :

Téléphone : Profession :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire, Marié(e), Divorcé(e), Séparé(e), Veuf(ve), Vit maritalement (1)

Demande mon adhésion à la Mutuelle à compter du :

voir article au verso

Demande la modification de mon dossier à compter du :

voir article au verso

ainsi que celle des membres de ma famille.

(4)

	NOM /PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE	RÉGIME OBLIGATOIRE			Code Centre	Stages	
		Jour	Mois	Année		N° d'immatriculation/clé	Régime (2)	Caisse		Adhésion	Garantie
Chef de famille	<input type="text"/> <i>Nom de jeune fille (éventuellement)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjoint Concubin (1)	<input type="text"/> <i>Nom de jeune fille (éventuellement)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENFANTS A CHARGE (3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : Garantie choisie

Indiquer ci-contre la garantie choisie

Cadre réservé à la Mutuelle (Ne rien y inscrire)

Montant de la cotisation mensuelle

Pièces à joindre :

- Une photocopie de vo(s) dernière(s) attestation(s) d'assuré social
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- En cas de mutation, un certificat de radiation de votre précédente Complémentaire Santé

Signification des renvois : (1) Rayer les mentions inutiles - (2) Régime : CPAM ou AGRICOLE ou TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS, AUTRES : préciser le régime - (3) Joindre le justificatif de la situation des enfants de plus de 20 ans : Certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, inscription ANPE, Contrat emploi formation, etc. - (4) Féminin : F ; Masculin : M

Fait en double exemplaire, le :

Signature :

ATTENTION ! Lire, dater et signer

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

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

N° National d'émetteur

439978

Nom, prénoms et adresse du débiteur

Nom et adresse du créancier

MUTUELLE DU VAL DE SÈVRE
6, Rue du Puy-Pelé - 85130 TIFFAUGES

Compte à débiter

Etablist	Codes	Guichet	N° du compte	Clé R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom et adresse postale de l'Etablissement teneur du compte à débiter

Date :

Signature :

Périodicité souhaitée

Mois

Trimestre

Semestre

Prière de joindre à ce document un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

EXTRAIT DES RÈGLES STATUTAIRES

1. - Objet du contrat

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité et les statuts et règlements de la Mutuelle qu'ils complètent. Il a pour objet d'assurer aux bénéficiaires désignés au recto le versement de prestations en complément de celles servies en nature par les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des dépenses engagées et du tarif de responsabilité de la Mutuelle.

2. - Bénéficiaires

L'adhésion du chef de famille entraîne l'adhésion du conjoint et des enfants à charge au sens de la législation sur la sécurité sociale.

3. - Date d'effet des garanties

Le droit aux prestations est ouvert soit à la date d'effet du contrat, soit à l'expiration d'une période probatoire selon les règles établies par les statuts et règlements de la Mutuelle.

4. - Choix des garanties

Tous les membres d'une même famille relevant d'un même régime obligatoire doivent souscrire la même garantie.

Le changement de garantie ne peut intervenir qu'au 1er jour du mois civil suivant la date de la demande. L'accès à une garantie supérieure ne prendra effet qu'après accomplissement des stages prévus par les statuts de la Mutuelle.

5. - Cotisations

Les cotisations sont fixées annuellement et notifiées aux adhérents avant la 1ère échéance annuelle/ Conformément aux dispositions des articles R212-9 et R212-14 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration peut décider une majoration en cours d'exercice pour faire face à une modification importante des charges de la Mutuelle constatée ou prévisible.

6. - Prestations

Les prestations servies par la Mutuelle varient selon la garantie souscrite et la catégorie du bénéficiaire. Elles sont définies

statutairement. Dans le cadre de chaque garantie, ne seront prises en charge par la Mutuelle que les dépenses liées à des soins dispensés postérieurement à la date d'effet d'ouverture des droits.

En cas de survenance d'un risque particulier ayant fait l'objet d'une assurance spéciale auprès d'un autre organisme, la Mutuelle n'intervient qu'à titre complémentaire de l'indemnisation versée par ledit organisme.

L'adhérent victime d'un accident devra en signaler les circonstances à la Mutuelle et lui fournir tous renseignements et pièces justificatives susceptibles de l'éclairer utilement.

7. - Conditions d'ouverture des droits aux prestations

Le souscripteur s'engage à verser, aux échéances fixées sur l'avis d'appel, les cotisations déterminées chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle. A défaut, le paiement des prestations serait suspendu et le recouvrement des cotisations (et frais) poursuivi par tout moyen de droit conformément aux dispositions légales et statutaires.

8. - Changements de situation

Ils doivent être signalés dans le mois qui suit l'événement. Les membres qui ne rempliraient plus les conditions d'appartenance à leur catégorie sont transférés d'office dans la catégorie correspondant à leur nouvelle situation.

9. - Durée du contrat et renouvellement

Le présent contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se reconduira tacitement d'année en année sauf dénonciation par le souscripteur adressée par lettre recommandée avec avis de réception avant le 1er novembre sauf circonstances spéciales définies dans les statuts.

Toutefois pour une adhésion conclue après le 30 septembre, l'échéance sera reportée au 31 décembre de l'année suivante. La cessation de la garantie pour le souscripteur met fin à la garantie pour ses ayants droits.

Conformément à la loi informatique et liberté n° 78-17 du 06.01.78, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information le concernant sur le fichier de la Mutuelle.
