

Mutuelle du Val de Sèvre6, Rue du Puy-Pelé
85130 TIFFAUGES
Tél. 02 51 65 75 71contact@mutuelleduvaldesevre.com
www.mutuelleduvaldesevre.com**DEMANDE D'ADHÉSION** **AVENANT** **MUTUALITÉ FRANÇAISE**Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II du code de la mutualité
N° Immatriculation au SIREN : 352 502 546

Cocher la case correspondante

JE SOUSSIGNÉ(E), Mme, Mlle, M. (1)

NOM : PRÉNOM : ADRESSE : lieu-dit : N° et rue : Code Postal : Commune : Téléphone : Portable : E-mail : 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)

Cadre réservé à la MutuelleSection : **Observations :**

	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE				SEX	RÉGIME OBLIGATOIRE			ALD ou invalidité
		Jour	Mois	Année	N° d'immatriculation/clé		Régime (2)	Caisse		
Chef de famille	Nom de jeune fille (éventuellement)									
Conjoint Conubin (1)	Nom de jeune fille (éventuellement)									
ENFANTS A CHARGE (3)										

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
- Attestation employeur pour contrat entreprise

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

Cadre réservé aux Professions Indépendantes (Loi Madelin)

Je demande mon adhésion à l'association Les Professionnels Solidaires, et déclare être à jour de mes cotisations aux régimes obligatoires.

Signature : (précédée de la mention : "Lu et approuvé")

Déclare avoir pris connaissance des règles statutaires au verso.

Fait en double exemplaire, le :

Signature :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) LA MUTUELLE DU VAL DE SÈVRE

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte

conformément aux instructions de LA MUTUELLE DU VAL DE SÈVRE

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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR 66 ZZZ 439978

Débitéur :

Créancier :

Votre Nom

Nom MUTUELLE DU VAL DE SÈVRE

Votre Adresse

Adresse 6, rue du Puy-Pelé - BP 7

Code postal Ville

Code postal 85130 Ville TIFFAUGES

Pays

Pays FRANCE

IBAN BIC Paiement : Récurrent/Répétitif PonctuelA : Le : Périodicité : Mois Trimestre Semestre Année

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

IMPRIMERIE BELZ - La Roche-sur-Yon - 02 51 37 08 10



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. Cette majoration ne pourra être inférieure à 1,5 fois le montant de la cotisation provisionnelle déjà décidée.

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.

MUTUELLE FRANÇAISE
8, rue du Pavé-Paie
82130 TIFFAUGES
FRANCE

Mandat de
paiement
SEPA

