

1 VOTRE SITUATION PERSONNELLE

M Mme Mlle N° de Sécurité sociale : Clé :

NOM : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Né(e) le : / / Nationalité : _____ Téléphone privé :

Cplt nom : _____ Téléphone pro :

Cplt voie : _____ Portable privé :

N° et nom de la voie : Portable pro :

BP ou Commune : _____ E-mail privé : _____@_____

Code postal : Ville : _____ E-mail pro : _____@_____

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Autre : _____

2 AUTRES PERSONNES À AFFILIER

Situation de famille : Conjoint(e)* ou Concubin(e) ou Pacsé(e)

Nom	Prénom	Né(e) le	N° de Sécurité sociale

* Précisez le nom de jeune fille :

▶ Enfants et/ou personnes à charge (joindre le justificatif de la situation / liste au verso de ce bulletin) :

Nom	Prénom	Sexe (M/F)	Né(e) le	N° de Sécurité sociale

3 VOS GARANTIES, VOS SERVICES ET LES COTISATIONS

▲ Je choisis le niveau de garanties : **SPVIE FIRST** **SPVIE 100** **SPVIE 200** **SPVIE 300** **SPVIE 400**
Le changement de niveau de garanties vers un niveau inférieur est possible après une durée minimale d'un an. Veuillez vous référer à l'article 7 du Règlement Mutualiste pour connaître les modalités de changement de niveau.
et la structure tarifaire : **1 adulte** **2 adultes** **1 enfant** **2 enfants et plus**

▶ Je dépends du : Régime général ▲ Je dépends du tarif : **Ile-de-France** **Autres régions**
◀ Frais de dossier (merci d'établir votre chèque à l'ordre de SPVIE) : 20 €

▼ Nous vous offrons les services suivants (merci de cocher les cases en cas d'accord de votre part) :

- Télétransmission (transmission automatique des décomptes par le Régime Obligatoire)
 Tiers payant (évitte l'avance des frais)
 Visualisation de vos décomptes en ligne
 Alerte par mail à chaque nouveau remboursement et transmission de vos documents non contractuels par mail
(remplir votre adresse e-mail dans la partie 1)
 MIEL Mutuelle Assistance
 Service de prise en charge et analyse de devis

◀ Je choisis de régler mes cotisations :

- Par prélèvement mensuel ou trimestriel **sans frais** (remplir, signer et joindre les deux volets de l'autorisation de prélèvement)
 Par chèque annuel (joindre votre chèque au bulletin d'affiliation à l'ordre de MIEL Mutuelle)

▶ Le règlement des cotisations a lieu le mois en cours. A titre d'exemple, en cas de paiement par prélèvement automatique mensuel, le mois de février 2012 fera l'objet d'un prélèvement au 10 février 2012.

▲ A la date de signature du bulletin d'affiliation, la valeur des cotisations mensuelles est de : €

4 DATE ET SIGNATURE

▲ Je demande à être affilié(e) à MIEL Mutuelle à compter du 01/ __/ 20__
ainsi qu'au contrat Garantie frais d'obsèques assuré par Domissimo Assurances et à la Garantie Assistance assurée par Mutuaide Assistance.

◀ Je joins obligatoirement la copie de l'attestation Vitale de mon Régime Obligatoire et celle de mes ayants droit ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.

▲ Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement Mutualiste et des Statuts de MIEL Mutuelle qui m'ont été remis ce jour.

▼ Fait à : _____

Le / /

Signature :

Votre Conseiller Commercial

Partie réservée SPVIE



Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir (photocopies)
Affilié	Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne + Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la Carte Vitale + Attestation du relevé de cotisations à jour
Conjoint	Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de domicile commun (exemple : RIB, quittance EDF...) + Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Partenaire lié par un PACS	Justificatif de Pacte Civil de Solidarité + Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Enfant à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la Carte Vitale du salarié, ou de son conjoint, ou concubin ou titulaire d'un PACS, justifiant la qualité d'ayant droit à ce titre ou Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la Carte Vitale de l'enfant s'il est lui-même assuré social
Enfants jusqu'à leur 25 ^{ème} anniversaire au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition ou certificat de scolarité + Attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Ascendants directs, descendants et collatéraux à charge fiscalement au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 25 ^{ème} anniversaire	Documents justificatifs

Merci de joindre le chèque de 20 € à l'ordre de SP VIE, en règlement des frais de dossier.



LES SERVICES INTERNET :

Les services Internet qui vous sont proposés sont gratuits.

L'abonnement aux décomptes en ligne vous permet de disposer d'un accès personnel et sécurisé pour consulter vos remboursements (chefs de famille et ayants droit) à partir de n'importe quel poste informatique équipé d'une connexion internet. Vous n'avez plus besoin de stocker ni d'archiver vos décomptes papier. A compter de votre inscription, vous ne recevrez plus vos décomptes papier à votre domicile. Si vous souhaitez malgré tout les recevoir, rendez-vous sur votre espace

secursisé dans la rubrique «décomptes» afin de modifier cette option.

L'alerte e-mail vous permet de recevoir un e-mail signalant le versement d'un nouveau remboursement : cette formule est très pratique lorsque vous êtes en déplacement professionnel ou familial. Il est nécessaire que vous puissiez indiquer votre adresse e-mail dans la partie 1 du bulletin d'affiliation «Votre situation personnelle».

INFORMATIONS LEGALES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

Vous acceptez de recevoir les informations relatives à vos garanties ainsi que nos informations commerciales sur l'adresse de messagerie indiquée. Vous pouvez à tout moment et gratuitement vous opposer à cette utilisation en écrivant au siège de la mutuelle. Vous êtes informés que pour des besoins de gestion, des données relatives à votre dossier peuvent être communiquées à nos prestataires.

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données nominatives vous concernant en vous adressant à :
MIEL Mutuelle 11 Rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 Tél : 04.77.49.35.35 Fax : 04.77.49.35.48.

Conformément aux articles L.221-18 et suivants du Code de la mutualité, vous disposez d'un droit de rétractation pouvant être exercé pendant le délai de 14 jours à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou du jour où sont reçus les conditions contractuelles, si cette dernière date est postérieure, sans avoir à justifier de motifs ni à payer de pénalités, par envoi d'un courrier simple au siège de la mutuelle. En cas d'exercice du droit de rétractation, nous vous remboursons les cotisations que vous auriez éventuellement versées dans les 30 jours.

Vous pouvez renoncer à ce droit de rétractation en nous demandant à bénéficier des prestations avant la fin du délai de 14 jours. Dans cette hypothèse, le droit de rétractation ne pourra plus être exercé.

Autorisation de prélèvement

Merci de bien vouloir remplir les deux bordereaux et les retourner non séparés, accompagnés de votre Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

NUMERO NATIONAL D'EMETTEUR : 391079

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

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

.....

MIEL Mutuelle
11 Rue du Gris de Lin
42021 SAINT-ETIENNE Cedex 1

COMPTE A DEBITER codes RIB

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT
 TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Etablissement	Guichet	Compte	Clé RIB
□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□	□□

.....

Périodicité : Prélèvement mensuel Prélèvement trimestriel

Date :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération N°80-10 du 1er Avril 1980 de la Commission Nationale Informatique et Liberté.