www.mutuelle-mmc.com

Service Public Santé

Demande d'adhésion

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Demande d'adhésion

au contrat Service Public Santé

Adhésion réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance : **OUI** ☐ **NON** ☐

Demande d'adhésion à la Mutuelle Médico-Chirurgicale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul.

MENTION OBLIGATOIRE

GARANTIE SOUSCRITE :

☐ SPS1 ☐ SPS2 ☐ SPS3 ☐ SPS4

Nom du contrat :

Contrat Service Public Santé

☐ **Nouvelle adhésion**
☐ **Avenant**

☐ **AS**
☐ **Alsace-Moselle**
☐ **Autres**

Date d'effet : 01 | | | |

Adhérent

joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droit de votre organisme d'affiliation.

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ — Cotisation mensuelle

Nom : Prénom : Profession : Date de Naissance : / /

Adresse : .....

..... Code postal : Ville :

Téléphone : Portable : e-mail :

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | régime | | organisme | | | | centre | | | |

Situation de famille :
célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Conjoint(e) ou concubin(e)

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droit de votre organisme d'affiliation et celles des personnes à assurer.

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ — Cotisation mensuelle

Nom : Prénom : Profession : Date de Naissance : / /

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | régime | | organisme | | | | centre | | | |

Enfant(s) à charge

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | régime | | organisme | | | | centre | | | |

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | régime | | organisme | | | | centre | | | |

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | régime | | organisme | | | | centre | | | |

Nom : Prénom : Date de Naissance : / /

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | régime | | organisme | | | | centre | | | |

Si enfant(s) supplémentaire(s), merci de reporter les informations ci-dessus sur papier libre.

Cotisations

PÉRIODE DU .....
AU .....

COTISATION DE BASE

COTISATION SOCIALE MUTUALISTE MENSUELLE + 0,91 €
y compris l'assistance (Par chef de famille).

PÉRIODICITÉ : MENSUELLE ☐ ANNUELLE ☐

COTISATION ANNUELLE

MONTANT DU RÈGLEMENT

La Mutuelle MMC
Siège social : 6, rue Paul Morel - B.P. 80283 - 70006 Vesoul Cedex
Tél. 03 84 75 16 44 - www.mutuelle-mmc.com

mutuelle médico chirurgicale

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul.

PARTICIPATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES :	SI OUI, VERSÉE À LA MUTUELLE DIRECTEMENT :	DATE D'ENTRÉE À LA COLLECTIVITÉ TERRITORIALE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

INFORMATIONS :

Une majoration de 2%, pour toute année non cotisée à un contrat labellisé ou à une convention de participation, postérieurement à l'âge de 30 ans est appliquée.
La majoration n'est pas appliquée :
- pour les nouveaux agents, qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la fonction publique ;
- pour les agents en fonctions à la publication du décret et aux retraités, qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 4 de l'arrêté) ;
- aux agents et retraités qui adhéraient déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 33-11 du décret).

JE SOUSSIGNÉ(E) L' ADHÉRENT(E) : _____

• reconnais avoir été informé(e) que la mutuelle MMC se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le code de la mutualité notamment son article L221-18. La loi applicable au contrat régi par le code de la mutualité. La Mutuelle, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française,

• reconnais avoir été informé(e) que l'adhésion est conclue pour une durée minimale de 12 mois. À chaque échéance principale, elle est reconduite de plein droit d'année en année, sauf résiliation, prévues par la loi, rappelées dans le Règlement Mutualiste,

• déclare avoir reçu et pris connaissance des dispositions mentionnées dans le Règlement Mutualiste du contrat attenant à cette demande d'adhésion. Accepte la télétransmission des décomptes entre le ou les régimes de base obligatoires et l'assureur ou ses délégataires pour les assurés garantis dans le cadre de mon adhésion. Dans le cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du code de la Mutualité et L121-20-08 à L 121-20-14 de la consommation : - je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion. – Dans ce cadre et conformément aux textes précités je peux exercer mon droit de rétractation dans les conditions des articles cités ci-dessus.

• Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que les membres de ma famille à assurer et je reconnais savoir que toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que la réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Références :	
- Règlement Mutualiste Service Public Santé	NSI - 2012 - 02
- Notice Assistance	MMC - BB6
- Statuts	

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant sur ce fichier en vous adressant à la mutuelle MMC située 6 rue Paul Morel - BP 80283 70006 VESOUL CEDEX.

MMC, destinataire, avec ses mandataires, l'association ANPPI, ses assureurs et réassureurs, de l'information pour :
- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
- l'envoi de documents sur les produits proposés par la mutuelle MMC.
Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Je soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.
Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du Règlement Mutualiste Service Public Santé du contrat santé N° **NSI-2012-02** et de la Notice Assistance (MMC-BB6) qui m'ont été remis ce jour et les accepter sans réserve.

Fait à :..... **le** .....
Écrire " Lu et approuvé " et signer
L'adhérent : Le conjoint :

Date d'effet	
Échéance principale	1er janvier

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

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 désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
331 244

NOM, PRÉNOM(S) ET ADRESSE DU DÉBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
	MMC **6 rue Paul Morel** **BP 80283** **70006 Vesoul Cedex** Régie par le Code de la mutualité n° 778 542 852

COMPTE À DÉBITER

Code Banque	Code Guichet	Numéro de compte	Clé RIB

IBAN International Bank Account Number

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

DATE : _____

Signature

Merci de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP), ou de caisse d'épargne (RICE).

CODE DE LA CONSOMMATION
Sélection des ARTICLES RELATIFS AU DEMARCHAGE A DOMICILE

Art L 121-21
Est soumis aux dispositions de la présente section quiconque pratique ou fait pratiquer le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services.
Est également soumis aux dispositions de la présente section le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent.

Article L 121-23
Les opérations visées à l'article L 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :
- Noms du fournisseur et du démarcheur
- Adresse du fournisseur
- Adresse du lieu de conclusion du contrat
- Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés
- Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services
- Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L 313-1
-Faculté de renonciation prévue à l'article L 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte des articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, et L 121-26.

Article 121-24
Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires doivent être signés et datés de la main même du client.

Article 121-25
Dans les 7 jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au 1er jour ouvrable suivant. Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

Article L 121-26
Avant expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit

RENONCIATION Article *L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation.*

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu.
Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : MMC – 6 rue Paul Morel –70000 Vesoul.
Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :
"Je soussigné(e) …….. demeurant à …… déclare renoncer à mon adhésion n°….. au contrat de complémentaire santé "nom du contrat" dont la date d'effet est fixée à…/…/… et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date : …….. Signature : …… ".