

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nouvelle adhésion | <input type="checkbox"/> AS |
| <input type="checkbox"/> Avenant | <input type="checkbox"/> Alsace-Moselle |
| | <input type="checkbox"/> Autres |

Date d'effet : 01 / /

Adhérent

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

M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>					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 <input type="checkbox"/>		Marié(e) <input type="checkbox"/>		Concubin(e) <input type="checkbox"/>		Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	
		Pacsé(e) <input type="checkbox"/>		Veuf(ve) <input type="checkbox"/>			

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. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>					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	COTISATION DE BASE <input style="width: 80%;" type="text"/>	COTISATION SOCIALE MUTUALISTE MENSUELLE <input style="width: 80%;" type="text" value="+ 0,91 €"/>	<small>y compris l'assistance (Par chef de famille).</small>
AU			
PÉRIODICITÉ : MENSUELLE <input type="checkbox"/> ANNUELLE <input type="checkbox"/>	COTISATION ANNUELLE <input style="width: 80%;" type="text"/>	MONTANT DU RÈGLEMENT <input style="width: 80%;" type="text"/>	





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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>

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 attaché 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.

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 :

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

Date d'effet	
Échéance principale	1 ^{er} 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	
<p>MMC 6 rue Paul Morel BP 80283 70006 Vesoul Cedex</p> <p><small>Régie par le Code de la mutualité n° 778 542 852</small></p>	

COMPTE À DÉBITER			
Code Banque	Code Guichet	Numéro de compte	Clé RIB
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
IBAN International Bank Account Number			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

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).