

MUTIEG vous remercie de votre confiance.

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous prions de remplir soigneusement votre bulletin d'adhésion au dos et de joindre toutes les pièces justificatives demandées.

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

- ▶ Le bulletin d'adhésion au verso : renseignez toutes les rubriques demandées à l'exception des parties sur fond de couleur verte réservées à la mutuelle.
- ▶ Les photocopies de l'**attestation papier** de la carte Vitale de chacun des membres de la famille.
- ▶ L'autorisation de prélèvement toujours accompagnée d'un RIB ou d'un RIP ou d'un RICE.
- ▶ Eventuellement, le chèque correspondant à la cotisation du mois d'inscription à l'ordre de **MUTIEG** qui permet d'éviter un premier prélèvement de deux mois lié aux délais de traitement.

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

- ▶ La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours, si le dossier **complet** parvient à la mutuelle avant le 10 du mois considéré ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.
- ▶ C'est en fonction de cette date d'effet que sera évaluée l'ouverture de vos droits ou la période de carence (**lire notamment l'article 15-3 du Règlement mutualiste**).

CHANGEMENT DE MUTUELLE

- ▶ Venant d'une autre mutuelle, vous bénéficierez de l'ouverture des droits aux prestations dès la date d'effet si les garanties souhaitées sont équivalentes à celles dont vous bénéficiiez antérieurement et si votre certificat de radiation date de moins de 3 mois. Joignez ce certificat délivré, par votre ancienne mutuelle, précisant les personnes bénéficiaires ainsi que les risques couverts.

PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS

- ▶ Les prélèvements automatiques mensuels auront lieu le 10 de chaque mois pour le mois en cours.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

- ▶ Par virement automatiques sur le compte bancaire ou postal
- ▶ A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal. Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Attention, tout dossier incomplet retarde votre adhésion !

NOTRE ACCUEIL TELEPHONIQUE EST OUVERT DE 9H15 à 12H30 ET DE 13H30 à 16H30 (16H00 LE VENDREDI)

LOI N° 89-10009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Art. 9 – Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

DÉCRET N° 90-769 DU 30 AOÛT 1990

Art. 2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Art. 34 - Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-vous à MUTIEG par courrier ou par Internet à infos@mutieg.fr

GARANTIE CHOISIE

Oxygène 1 Essentiel 1
 Oxygène 2 Essentiel 2
 Autre (préciser)

Les parties sur fond vert sont réservées à la Mutuelle.

REF. ADHÉRENT 30 EFFET 0 | 1 2 | 0 VERSEMENT € CARENCE

Renseigner impérativement, à chaque ligne, la situation de chaque bénéficiaire à inscrire.

N° D'IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE	NOM en capitales	PRÉNOM en capitales	RÉGIME*	DATE DE NAISSANCE
	ADHÉRENT			
	CONJOINT			
	1 ^{ER} ENFANT			
	2 ^E ENFANT			
	3 ^E ENFANT			
	4 ^E ENFANT			
	5 ^E ENFANT			
	6 ^E ENFANT			

ANCIENNE MUTUELLE
Nom :
Adresse :

***RÉGIME**
Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :
- assuré social régime général..... **1**
- autres (MSA - SNCF - Alsace Moselle - etc) **2**

MAIL :
Je souhaite recevoir mes relevés de prestations à l'adresse Internet, ci-dessus : OUI NON
TÉL. DOM. : **FAX :** **TÉL. PROF. :**
TÉL. PORT :
ADRESSE :
CODE POSTAL : **VILLE :**

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à MUTIEG dont les statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste m'ont été communiqués.
- Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires de la mutuelle et en particulier à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service Noémie (transmission automatique des décomptes Sécurité sociale). Dans le cas contraire, j'informe par écrit le Service Adhésions de mon refus.
- Je deviens également membre participant de MUTIEG Livre III dédiée à la prévention et à la promotion de la santé (statuts et règlement mutualiste sur demande) sans incidence sur ma cotisation.
- Je dispose d'un délai de rétractation de un mois à compter de la date d'enregistrement du présent bulletin d'adhésion.

DATE : SIGNATURE (ci-dessous)

- Sauf consignes contraires de votre part, les prestations seront payées par virement sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées.
- La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.
- Je joins un relevé d'identité bancaire (R.I.B) ou postal (R.I.P) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.).

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Nom et Adresse du titulaire du compte à débiter

Nom, prénom :
Adresse :
Code postal **Ville**

N° national d'émetteur : 426 075

Nom et Adresse de l'organisme encaisseur

MUTIEG
37 Rue de Châteaudun
75009 PARIS

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 avec MUTIEG.

Compte à débiter

Etablissement	Guichet	N° du Compte	Clé RIB

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter (en majuscule)

Banque :
Adresse :

Signature du titulaire du compte à débiter :

Date :