

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.

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

- Le bulletin d'adhésion au verso : renseignez toutes les rubriques demandées à l'exception des parties sur fond coloré réservées à la mutuelle.
- L'autorisation de prélèvement toujours accompagnée d'un RIB.

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.

PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS

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

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

- Par virement automatique sur le compte bancaire.

Attention, tout dossier incomplet retarde votre adhésion !

NOTRE ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE EST OUVERT DE 9H15 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 par courrier à MUTIEG - 45 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS ou par Internet à webmaster@mutieg.fr

BULLETIN D'ADHESION options SODELI /CORT

A retourner à MUTIEG 45 rue de Godot de Mauroy 75009 PARIS

E-mail : autres@mutieg.fr

La partie sur fond coloré est réservée à la Mutuelle.

REFERENCE ADHÉRENT MUTIEG CSM ou CSMR :

30

EFFET

0 1 2 0 1

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____ Clé : _____

Je soussigné(e) demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de ma garantie CSM ou CSMR le bénéfice des garanties de l'option

SODELI

CORT

Ma cotisation mensuelle 2012 sera de :

SODELI « ISOLE » : 7,93 €

SODELI « FAMILLE » : 14,03 €

CORT « ISOLE » : 18,54 €

CORT « FAMILLE » : 33,80 €

Votre conjoint et vos enfants non ayants droit de la CAMIEG peuvent également être bénéficiaires de garanties spécifiques mises en place par MUTIEG.

MAIL : _____

Je recevrai à cette adresse mes relevés de prestations par mail immédiatement. Ce choix s'appliquera également au relevé des prestations CSM ou CSMR.

Je choisis au contraire que mes relevés de prestations me soient adressés par courrier à mon domicile mensuellement.

- J'ai pris connaissance des statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste de MUTIEG.
- Je m'engage à me conformer à ces dispositions statutaires et réglementaires.
- Je suis 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 d'un mois à compter de la date d'enregistrement du présent bulletin d'adhésion.

LES PRESTATIONS SERONT PAYEES PAR VIREMENT ET LES COTISATIONS PRELEVEES SUR LE COMPTE DONT JE JOINS UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB).

DATE : _____

SIGNATURE

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Nom et Adresse du titulaire du compte à débiter

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal _____ Ville

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 _____

N° national d'émetteur : 426 075

Nom et Adresse de l'organisme encaisseur

MUTIEG

45 Rue Godot de Mauroy
75009 PARIS

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

Banque : _____

Adresse : _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

Date :