Bulletin d'adhésion

« Garantie frais de santé »

Date d'effet ……/…… …. /……

N° de gestion du contrat ……

N° d'adhérent (si déjà adhérent) ……

AMICALE CENTRE de SECOURS de :

Identification de l'adhérent

Civilité O Mr. O Mme NOM …… …… Prénom ……

Adresse …… Code postal ……

Commune …… Tél …… Tél portable ……

E-mail (en majuscule) ……

O En cochant cette case, j'accepte de recevoir par courrier électronique des informations.

Situation familiale …… Profession ……

Personnes à garantir (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de Naissance	Sexe (1)	N° Régime Obligatoire	Caisse de Régime Obligatoire
Adhérent Bénéficiaire 1						
Conjoint/Concubin/ Pacsé/Bénéficiaire 2						
Bénéficiaire 3					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 4					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 5					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 6					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	

Régime Obligatoire de l'adhérent O Général O Autre …… / du conjoint O Général O TNS/PI O Autre ……

(1) Féminin = **F** – Masculin = **M** (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale

Justificatifs à fournir

Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivant :

- Photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de Régime Obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier.
- Si votre enfant de plus de 20 ans dans des situations suivantes : étudiants, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou si un enfant handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire Français : fournir les justificatifs de la situation.
- Un R.I.B joint pour le versement de vos prestations et le mandat SEPA complété si prélèvement de vos cotisations sur votre compte bancaire.

Modalités d'adhésion à la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers du Gers

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages du présent bulletin d'adhésion. Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance selon les garanties souscrites (soit en version papier, soit en version numérique en faisant la demande auprès de notre secrétariat). Des statuts, du Règlement Mutualiste de la Mutuelle.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion. Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Elles sont destinées à la Mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif. Ces informations pourront être également communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion.

Seules les informations « téléphone, téléphone portable, situation de familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif.

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle.

En cas de refus merci de cocher la case O (préciser si tous les membres de la famille sont concernés ou sinon mentionner le ou les prénoms)

……

Montant total mensuel de la cotisation garantie frais de santé. …… EUROS

Modalités et périodicités de règlement possible de votre cotisation garantie frais de santé :

O MENSUEL
O TRIMESTRIEL
O ANNUEL

O PRELEVEMENT BANCAIRE
O CHEQUE
O ESPECE EXEPTIONNELLEMENT

La durée de garantie à compter du jour de prise d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours est renouvelable chaque année par tacite reconduction pour un an sauf dénonciation en application des dispositions prévues au Règlement Mutualiste.

Mention légale Protection des données

En accord avec le nouveau Règlement Général de la Protection des Données, entré en vigueur le 25 mai 2018, la mSp32 s'engage à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données.

Si vous souhaitez, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant. Pour exercer ce droit adressez-vous à **mSp32** 59 route de Pessan 32000 AUCH.

Fait le :

Signature de l'adhérent