Identités MUTUELLE

SANTÉ MNEC RESPONSABLE
Demande d'adhésion

Cadre réservé à IDENTITÉS MUTUELLE	
conseiller :	agence :
origine :	action :

À retourner à MNEC IDENTITÉS MUTUELLE - 44, boulevard Guist'hau - 44000 NANTES

Adhérent

☐ M. ☐ Mme ☐ Marié(e), Concubin(e), Pacsé(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Régime social : ☐ Général ☐ Alsace Moselle Date d'effet : 1er / _ _ / 20 _ _

N° Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ Profession : .....

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail : ..... @ .....

Adhérent : ☐ SPELC ☐ SNEC ☐ SNEPL

Établissement scolaire : ..... Ville : .....

☐ Je souhaite recevoir mes relevés de prestations par e-mail (et non par courrier).

☐ J'accepte d'être contacté(e) ultérieurement par Identités Mutuelle par courrier électronique, à des fins d'enquête ou d'information sur les nouveaux produits ainsi que les offres du moment. À l'occasion de chaque envoi, j'aurai la possibilité de mettre fin à toute communication.

Bénéficiaires et garanties

Contrats responsables :

☐ **SÉCURITÉ** ☐ **CONFORT** ☐ **STANDING +** ☐ **STANDING ++** ☐ **OPTIMA** ☐ **OPTIMA +**

Bénéficiaire	Nom - Prénom	Date de naissance (-- / -- / ----)	Option Allocation Obsèques*		Cotisation mensuelle		TOTAL
			1000€	2000€	Complémentaire	Obsèques	
Adhérent			☐	☐	+		
Conjoint			☐	☐	+		
Enfant			☐	☐	+		
Enfant			☐	☐	+		
Enfant			☐	☐	Gratuité à partir du 3e enfant		
Enfant			☐	☐	Gratuité à partir du 3e enfant		

Périodicité paiement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle ☐ annuelle

COTISATION MENSUELLE TOTALE .....€

** Une seule option obsèques par bénéficiaires. L'option ne peut être souscrite qu'au profit d'un assuré de plus de 18 ans.*

Garantie Accident

☐ Je demande à souscrire, ☐ pour moi et ☐ mon conjoint (ou concubin), à la garantie **Capital Premier** pour un capital de **40 000 €** en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident pour ..... € par mois et par assuré.

(montant de la cotisation : 3,40 € par mois jusqu'à 69 ans - 9,10 € par mois de 70 à 80 ans - âge maximum à l'adhésion : 75 ans)

☐ Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement et notice de Capital Premier. Les bénéficiaires en cas de décès sont : mon conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défauts mes héritiers par parts égales. Pour tout autres clause bénéficiaire demandez le formulaire d'adhésion et désignation de bénéficiaire à Identités Mutuelle.

Je demande à adhérer au contrat Santé MNEC IDENTITÉS MUTUELLE, pour les garanties ci-dessus. Je certifie :
- avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat MNEC IDENTITÉS MUTUELLE,
- avoir reçu et pris connaissance du règlement de la Mutuelle et de ses statuts,
- que les renseignements communiqués sur ce bulletin sont exacts et sincères.

J'autorise l'échange de données entre Identités Mutuelle et ma caisse de Sécurité sociale afin de bénéficier de la télétransmission.

Au terme de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement mutualiste à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
Ce délai commence à courir :
- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure.

Je reconnais avoir reçu le dossier d'adhésion complet (Statuts, Règlement Mutualiste, Détails de Garanties, Devis)

Fait à : ..... Le : .....

Signature obligatoire *(précédée de la mention « lu et approuvé »)*

PIÈCES À JOINDRE :
- Mandat SEPA dûment signé
- Relevé d'identité bancaire (RIB)
- Copie de l'attestation de Sécurité sociale de chacun des assurés
- Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans
- Si vous avez déjà une couverture santé, joindre un justificatif
- Copie de votre carte d'adhérent SPELC, SNEC ou SNEPL

Les données personnelles que vous nous avez communiquées (par courrier, téléphone, messagerie électronique ou tout autre moyen) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat.

Elles peuvent être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins de sollicitations commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression des données vous concernant auprès de Identités Mutuelle, responsable du traitement, 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris.

Ex. blanc : IDENTITÉS MUTUELLE - ex.rose : Adhérent