

BULLETIN	<input type="checkbox"/> D'ADHESION <input type="checkbox"/> DE MODIFICATION d'adhésion
-----------------	--

NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

DATE D'ADHÉSION	<input type="text"/>	NOUVELLE ADHESION	<input type="checkbox"/>	DISPENSE cotisation santé (CSO)	<input type="checkbox"/>
N° D'ADHÉRENT	MODIFICATIONS SITUATION	<input type="checkbox"/>	DROIT D'ENTREE : OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SECTION	MODIFICATION COMPOSITION	<input type="checkbox"/>	COTISATIONS : PRÉLEVÉES <input type="checkbox"/>	APPELÉES <input type="checkbox"/>

1- IDENTIFICATION DE L'ADHERENT (MEMBRE PARTICIPANT)

NNI (n° de sécurité sociale)

Né (e) le :

Nom marital (le cas échéant)

Nom de naissance – Prénom

Adresse

Code Postal - Ville

N° de Téléphone - Adresse électronique

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle activité salariée ou non salariée retraité(e) pôle emploi invalide (art R160-10 du code SS)

étudiant (4) apprentissage (4) contrat d'aide à l'emploi (4) autre :

Employeur ou dernier employeur CAF 63 CPAM 63 CARSAT AUV DRSM AURA URSSAF AURA Autre : Depuis le :

assujetti(e) à la Complémentaire Santé Obligatoire de l'employeur - **joindre un justificatif** (5)

Situation familiale célibataire marié(e) divorcé(e) veuf/ve concubinage pacs Depuis le :

Couverture complémentaire antérieure non oui Si OUI, **joindre un certificat de radiation, de résiliation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

Résiliation contrat antérieur à faire non oui Si OUI, **joindre un mandat de résiliation** (le délai de résiliation est de 1 mois)

2- DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN(E) CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSE(E) - (3)

NNI (n° de sécurité sociale)

Né (e) le :

Nom marital (le cas échéant)

Nom de naissance – Prénom

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle activité salariée ou non salariée retraité(e) pôle emploi invalide (art R160-10 du code SS)

étudiant (4) apprentissage (4) contrat d'aide à l'emploi (4) autre :

Employeur Depuis le :

assujetti(e) à la Complémentaire Santé Obligatoire de l'employeur - joindre un justificatif (5)

Couverture complémentaire antérieure non oui Si OUI, **joindre un certificat de radiation, de résiliation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

Résiliation contrat antérieur à faire non oui Si OUI, **joindre un mandat de résiliation** (le délai de résiliation est de 1 mois)

3- DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN ENFANT A CHARGE (3)

NNI (n° de sécurité sociale) Né (e) le :

Nom - Prénom

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle scolaire (4) étudiant (4) apprentissage (4) contrat d'aide à l'emploi (4) pôle emploi autre :

Etablissement / Employeur Depuis le :

Couverture complémentaire antérieure non oui Si OUI, **joindre un certificat de radiation, de résiliation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

Résiliation contrat antérieur à faire non oui Si OUI, **joindre un mandat de résiliation** (le délai de résiliation est de 1 mois)

4- DEMANDE D'INSCRIPTION D'UN ENFANT A CHARGE (3)

NNI (n° de sécurité sociale) Né (e) le :

Nom - Prénom :

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle scolaire (4) étudiant (4) apprentissage (4) contrat d'aide à l'emploi (4) pôle emploi autre :

Etablissement / Employeur Depuis le :

Couverture complémentaire antérieure non oui Si OUI, **joindre un certificat de radiation, de résiliation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

Résiliation contrat antérieur à faire non oui Si OUI, **joindre un mandat de résiliation** (le délai de résiliation est de 1 mois)

- (1) Indiquez le nom de l'organisme de Sécurité Sociale (régime obligatoire) qui rembourse les soins ainsi que le nom et/ou le numéro de centre auquel vous êtes rattaché(e)
- (2) Le certificat de résiliation, de radiation ou d'appartenance à une mutuelle antérieurement à cette demande permet d'activer les échanges automatiques avec le régime obligatoire.
- (3) L'inscription d'une personne en tant qu'ayant droit n'est possible que si celle-ci ne remplit pas les conditions pour être membre participant.
- (4) Au-delà de 16 ans, **joindre** un justificatif (pour un enfant : certificat de scolarité, copie de la carte d'étudiant, ...)
- (5) Ce justificatif n'est pas nécessaire pour un(e) salarié(e) d'un organisme de Sécurité Sociale.

En plus des justificatifs éventuels propres à certaines situations rencontrées ci-dessus, **JOINDRE, dans tous les cas :**
un RIB, un mandat de prélèvement SEPA, la copie d'une **PIECE D'IDENTITE** et la copie de l'**ATTESTATION DE CARTE VITALE**.

- Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste de la MIPSS Auvergne et en accepter les termes, conformément aux dispositions de l'article L. 221-4 du Code de la Mutualité.
- Je demande à y adhérer à compter du et à bénéficier des prestations qu'ils prévoient moyennant, pour celles qui sont hors contrat responsable, un délai de stage de 3 mois.
- Sous réserve des conditions contractuelles, j'adhère, pour moi-même et, avec leur accord, pour les ayants droits désignés ci-dessus :
- **primo**, au contrat dit « responsable » de protection complémentaire maladie et accident,
- **secundo**, au contrat collectif « Assistance Santé et Protection Juridique Santé » souscrit par la mutuelle,
- **tertio**, au contrat collectif « Indemnité Obsèques » souscrit par la mutuelle.
- Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et accepté les termes des notices d'informations de ces contrats.
- Je m'engage à prévenir la Mutuelle de tout changement de situation professionnelle ou familiale, de tout changement d'adresse ou de domiciliation bancaire, pour moi-même ou pour mes ayants droits.
- Pour mes remboursements, j'autorise les échanges automatiques entre mon régime obligatoire et la MIPSS Auvergne.
- Durant mon affiliation obligatoire à la complémentaire santé de mon employeur, je serai dispensé(e) du paiement des cotisations « maladie et accident » et sans droit aux prestations correspondantes. Le paiement des cotisations reprendra à ma demande à l'issue de cette affiliation obligatoire (article R 324 du règlement mutualiste).
- J'ai été informé(e) que, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations de ce formulaire sont destinées à la MIPSS AUVERGNE, en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux éventuels réassureurs, prestataires et partenaires mutualistes. Les données sont collectées avec mon consentement, à des fins de gestion de mon contrat et de mes prestations et pourront également être utilisées à des fins de **lutte contre la fraude**. Les données sont conservées durant la relation contractuelle puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime des données personnelles me concernant, en m'adressant au Délégué à la Protection des Données de la mutuelle, par email à l'adresse dpo@mipss-auvergne.fr ou par courrier à l'adresse de la MIPSS AUVERGNE (copie de justificatif d'identité à joindre).
- J'ai été informé(e) que, si je ne souhaite pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, je dispose du droit de m'inscrire à tout moment gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique **Bloctel**, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>.

A, le
Signature précédée des mentions « lu et approuvé »