MIPSS AUVERGNE – Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes – 63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
https://mipss-auvergne.fr - contact@mipss-auvergne.fr - tél : 09 72 16 27 25
SIREN : 779 209 469 – LEI : 9695006L7N8BBLDBST26 - mutuelle régie par le livre 2 du code de la mutualité

BULLETIN ❒ D'ADHESION ❒ DE MODIFICATION d'adhésion

NE RIEN INCRIRE DANS CE CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

DATE D'ADHÉSION		NOUVELLE ADHESION	❒	DISPENSE cotisation santé (CSO)	❒
N° D'ADHÉRENT	.....	MODIFICATIONS SITUATION	❒	DROIT D'ENTREE : OUI ❒	NON ❒
SECTION	.....	MODIFICATION COMPOSITION	❒	COTISATIONS : PRÉLEVÉES ❒	APPELÉES ❒

1- IDENTIFICATION DE L'ADHERENT (MEMBRE PARTICIPANT)

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

Nom de naissance – Prénom

Nom marital (le cas échéant)

Adresse

Code Postal - Ville

N° de Téléphone - Adresse électronique

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle ❒ activité (salariée ou non salariée) ❒ retraité(e) ❒ chômage ❒ invalide (art R160-10 du code SS)
❒ scolaire (4) ❒ 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- INSCRIPTION D'UN AYANT DROIT (3)

Type d'ayant droit ❒ Conjoint(e) ❒ Concubin(e) ❒ Pacsé(e) ❒ Enfant à charge

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

Nom de naissance – Prénom

Nom marital (le cas échéant)

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

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

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- INSCRIPTION D'UN AYANT DROIT (3)

Type d'ayant droit ❒ Conjoint(e) ❒ Concubin(e) ❒ Pacsé(e) ❒ Enfant à charge

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

Nom de naissance – Prénom

Nom marital (le cas échéant)

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

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

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 déclare avoir pris connaissance des statuts de la MIPSS Auvergne, du règlement mutualiste et de la fiche d'information normalisée DIPA 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 prévues au règlement mutualiste 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 droit désignés ci-dessus :**
- **au contrat dit « responsable » de protection complémentaire maladie et accident,**
- **au contrat collectif « Assistance Santé et Protection Juridique Santé » souscrit par la mutuelle,**
- **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 droit.

❒ **J'autorise les échanges automatiques** nécessaires à mes remboursements, 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 (joindre une copie de justificatif d'identité).

❒ **J'ai été informé(e)** qu'en cas de litige non résolu avec la Mutuelle et conformément aux articles L.616-1 et R.616-1 du code de la consommation, je pourrai faire appel à un dispositif de médiation auprès de MEDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT (Centre d'Affaires Stéphanois SAS - 3 rue J. Constant Milleret - 42000 Saint-Etienne ou sur https://www.medconsodev.eu).

❒ **J'ai été informé(e)** que, conformément aux dispositions de l'article L 510-1 du Code de la mutualité, l'activité de la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

A ……., le ……..

Signature de l'adhérent
précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du représentant
de la Mutuelle