

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

**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)            N° de Téléphone :

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) ou invalide  pôle emploi  autre : .....

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

Employeur ou dernier employeur  CAF 63  CPAM 63  CARSAT AUV  DRSM AUV  URSSAF AUV | Depuis le : .....

Autre : .....

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 résiliation, de radiation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

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

NNI (n° de sécurité sociale)           N° de Téléphone :

Nom marital (le cas échéant)

Nom de naissance – Prénom

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle  activité salariée ou non salariée  retraité(e) ou invalide  pôle emploi  aucune activité, ni retraite

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

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 résiliation, de radiation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

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

NNI (n° de sécurité sociale)           N° (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 résiliation, de radiation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

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

NNI (n° de sécurité sociale)           N° (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 résiliation, de radiation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

- (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 (cf : notes de renvoi 1 à 6 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 « Garantie Décès » souscrit par la mutuelle avec délai de carence de 9 mois et pour lequel j'ai été informé(e) qu'en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire, la clause-type de la notice d'information s'appliquerait.
- 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 ayant 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, auprès de la MIPSS AUVERGNE.

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