

MODALITES DE PAIEMENT :

Par prélèvement sur salaire (obligatoire pour les agents territoriaux)
(dans ce cas j'autorise mon employeur à retenir mensuellement ma cotisation)

Par prélèvement bancaire (complétez le formulaire d'autorisation de prélèvement automatique)

Sauf avis contraire de ma part notifié par lettre, je donne mon accord pour que mes décomptes Sécurité Sociale soient traités par télétransmission.

Sauf avis de ma part notifié par lettre, j'autorise la Mutuelle à communiquer mes noms, prénoms et adresse en vue d'assurer ses opérations de prospection et de promotion.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste de Mutame Savoie Mont-Blanc dont un exemplaire m'a été remis.

Je reconnais, conformément à l'article R 223-6 code de la Mutualité, avoir échangé avec mon conseiller dans le but de définir mes besoins en matière de protection santé en prenant en compte ma situation personnelle et familiale (Devoir du conseil et document IPID).

Fait à : _____ le : _____

Informatique et Libertés

Les informations recueillies en vertu du présent règlement mutualiste sont exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution des engagements contractuels, en particulier les affiliations et les prestations qui en résultent. Le membre et ses ayants droits autorisent la mutuelle à communiquer ces informations le cas échéant à ses partenaires concernés par ces engagements. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Ces informations sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de ces engagements et sont destinés au service de gestion et développement le cas échéant, pour l'adaptation des services aux besoins en matière de garanties proposées par la Mutuelle.

Conformément à la loi N°78-7 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre et ses ayants droits disposent d'un droit d'accès et de communication, d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour, verrouiller et d'un droit de modification et de suppression des données les concernant. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier à l'adresse suivante :

Mutame Savoie Mont-blanc 55 rue du Val Vert 74604 Seynod cedex

CONDITIONS D'ADHESION :

Délai d'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion

Aucun délai de carence ne sera appliqué

En cas de demande de changement pour une option supérieure

L'augmentation d'option est possible à tout moment

La date d'effet du changement d'option est le 1er jour du mois suivant la date de réception du document de modification

En cas de demande de changement pour une option inférieure

La baisse d'option n'est possible qu'après avoir cotisé durant 2 années dans l'option en cours

DOCUMENTS A FOURNIR POUR ADHERER :

Une copie de l'arrêté de nomination ou une copie du contrat de travail

Le document d'information IPID ci joint

Une copie du dernier bulletin de salaire

Une copie de l'attestation de la Sécurité Sociale de toutes les personnes à protéger

Un relevé d'identité bancaire

Un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 17 ans

En cas d'adhésion à la CMU, fournir l'attestation correspondante



A REMPLIR EN CAS DE PARRAINAGE (Mentionner le nom de votre parrain *):

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Tél.: _____

Courriel _____

1 mois de cotisation offert pour le parrain *

Attention : pour bénéficier de l'offre du parrainage, le filleul ne doit pas être votre conjoint ou votre enfant et ne doit jamais avoir été adhérent à notre mutuelle en garantie santé

Mutame Savoie Mont-Blanc Maison de la Fonction Publique Territoriale

55, rue du Val Vert – B.P. 101 - 74604 SEYNOD Cedex - Tél. : 04 50 33 11 36 – Fax 04 50 33 05 24 – E.mail: t.mastour@mutame74.com – www.mutame74.com