



# MUTUELLE POUR TOUS

## BULLETIN D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

### VOS INFORMATIONS :

Civilité :  Mme  M. Date d'effet de l'adhésion :   
N° Sécurité Sociale :   
Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance :   
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone :  E-mail : \_\_\_\_\_  
Situation de Famille<sup>(1)</sup> :  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubin(e)  Marié(e)

**VOTRE GARANTIE<sup>(1)</sup> :**  Moderato  Tempo  Fortissimo

### INFORMATIONS CONCERNANT LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) :

PERSONNES A GARANTIR	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE		RÉGIME OBLIGATOIRE N° d'immatriculation	
			H	F		
Conjoint(e)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfant 1	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Idem adhérent principal	<input type="checkbox"/> Idem conjoint(e)
Enfant 2	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Idem adhérent principal	<input type="checkbox"/> Idem conjoint(e)
Enfant 3	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Idem adhérent principal	<input type="checkbox"/> Idem conjoint(e)
Enfant 4	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Idem adhérent principal	<input type="checkbox"/> Idem conjoint(e)

### PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC L'ADHESION :

- ▶ un relevé d'identité bancaire ou postal,
- ▶ le mandat SEPA dûment complété,
- ▶ justificatif de la situation des enfants à charge de plus de 16 ans<sup>(3)</sup>,
- ▶ une photocopie de l'attestation papier d'assuré social récente pour chacun des bénéficiaires.

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement mensuel sur compte. Les présentes instructions sont valables jusqu'à la résiliation du contrat qui ne peut intervenir que le 31 décembre de chaque année après un préavis de 2 mois.

Je certifie mes déclarations sincères et véritables. J'atteste avoir reçu les Statuts de la Mutuelle et le Règlement Mutualiste.

Fait le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

### VOTRE CONSEILLER :

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

(1) Cocher la (ou les) case(s) correspondante(s). (2) Recopier les codes de la zone « organisme d'affiliation » ou « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation de carte vitale. (3) Joindre le justificatif de la situation des enfants de plus de 16 ans : certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, inscription Pôle emploi, contrat de professionnalisation. Conformément à la loi du 6.1.78, « Informatique et Libertés », vous êtes habilité à obtenir communication nominative des informations recueillies au moyen du présent bulletin, et le cas échéant, à nous en demander toute rectification. Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales de la MHV et de ses partenaires pour des produits et services analogues à ceux que vous avez souscrits. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique Mandat (RUM) – (Cadre Réservé exclusivement au créancier)

+	+																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la **MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**VEILLEZ A COMPLETER TOUS LES CHAMPS SUIVANTS**

Numéro de Sécurité Sociale de l'adhérent :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et prénom de l'adhérent (si différent du débiteur lui-même) :

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.**

Nom et prénom du débiteur :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

**COMPTE A DEBITER (identification internationale de compte bancaire – IBAN) – Obligatoire**

Code Pays Clé	Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB

Code international d'identification de votre banque – BIC (International Bank Account Number) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom du créancier : **MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE I. C. S**

(Identifiant Créancier SEPA) : **FR23ZZZ147036** Adresse :

AVENUE DU PROFESSEUR JEAN BERNARD – BP 59  
86002 POITIERS CEDEX  
FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement Ponctuel

A (lieu) : \_\_\_\_\_

Date (JJ MM AAAA) : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature : 

--

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : **MHV – AVENUE DU PROFESSEUR JEAN BERNARD  
B. P. 59  
86002 POITIERS CEDEX**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier