MUTA SANTÉ
GROUPE ARPEGE

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 394 152 474. Agréée par arrêté préfectoral du 3 juillet 2003. Le présent bulletin est adressé, conformément à l'article L 221-4 du Code de la Mutualité, avant la signature du contrat en même temps que les statuts et le règlement, aux fins d'une parfaite information des parties quant à leurs droits et obligations statutaires et contractuels.

GARANTIE FRAIS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

ASSURÉ

NOM : _____

NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

NYSS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime Local ☐ Général ☐

CONJOINT Assuré

(Si l'extension est demandée)

NOM : _____

NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

NYSS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime Local ☐ Général ☐

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Adresse : _____

_____ Tél. : _____

ENFANTS A CHARGE

Prénoms :	Dates de naissance :	Situations(1) :
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

(1) Vous voudrez bien joindre à la demande, une photocopie du contrat d'apprentissage pour un enfant de moins de 21 ans.
Pour les étudiants de moins de 26 ans, affiliés à la Sécurité Sociale des étudiants, joindre un certificat de scolarité et un justificatif de l'appartenance à la Sécurité Sociale des étudiants.

Je sollicite mon adhésion à MUTA SANTÉ en mon nom personnel ainsi qu'en celui des personnes ci-dessus désignées à compter du : ____ / ____ / ____

Jeunes(2) ☐ **Bronze**(2) ☐ **Argent**(2) ☐ **Or**(2) ☐ **Platine**(2) ☐ **Diamant**(2) ☐

Les enfants doivent obligatoirement avoir la même option que l'adulte auquel ils sont rattachés.

- Pour éviter les délais de carence, je peux fournir un certificat de radiation de ma précédente Mutuelle : **OUI**(2) ☐ **NON**(2) ☐
- Je souhaite bénéficier du système NOEMIE (3): **OUI**(2) ☐ **NON**(2) ☐
  Si OUI, joindre une copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale
- Je souhaite régler mes cotisations tous les : **Trimestres**(2) ☐ **Mois**(2) ☐

(2) Cochez la case correspondante
(3) Système de télétransmission directe des données venant de la Sécurité Sociale

Observations : _____

MUTA SANTE dispose, dans le respect des statuts et du règlement, du droit d'accepter ou de refuser mon adhésion. En cas d'acceptation par la mutuelle, le soussigné reconnaît que sa signature apposée au bas du présent bulletin d'adhésion l'engage contractuellement vis à vis de sa mutuelle et lui donne droit à percevoir les prestations contractuelles en contrepartie de ses propres obligations. Par ailleurs, il déclare expressément ADHERER à la mutuelle et en devenir membre avec tous droits et obligations afférents à cette qualité. Cette adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de MUTA SANTE et des droits et obligations définis par le règlement.
NB : La présente garantie entre dans le cadre des contrats dits "RESPONSABLES" et peut bénéficier à ce titre des avantages mentionnés aux articles L871-1 et L863-6 du Code de la Sécurité Sociale. Elle ne prend notamment pas en charge la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 août 2004, les franchises mentionnées au III de l'article L322 du Code de la Sécurité Sociale, les dépassements d'honoraires et majoration de ticket modérateur prévus dans le cas du non-respect du parcours de soins, dans le respect des limites éventuelles prévues par la loi et des critères fixés par décret en Conseil d'Etat (R.871-1 et R.871-2). Tous les actes de prévention figurant sur la liste des prestations de prévention fixée par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 font l'objet d'une prise en charge au minimum du ticket modérateur.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'assuré Signature du conjoint assuré

Renvoyez-nous, dans l'enveloppe T jointe, cette demande d'adhésion en y joignant :

1. votre **demande de prélèvement automatique** (ci-jointe) remplie et signée sur les deux volets accompagnée d'un **relevé d'identité bancaire ou postal**,
2. votre **versement** pour le trimestre civil ou le mois en cours,
3. le **certificat de radiation** de votre ancienne Mutuelle.

143 avenue A. Briand - BP 2439 - 68067 MULHOUSE CEDEX
Tél. 03 89 33 36 36 - Fax 03 89 43 32 20

2 rue de Reutenbourg - 67922 STRASBOURG CEDEX 9
Tél. 03 88 28 66 45 - Fax 03 88 28 66 82

www.groupe-arpege.com

1 rue du Docteur Schmitt - 54000 NANCY - Tél. 03 83 32 35 52 - Fax 03 83 32 72 21
30 boulevard St-Symphorien - 57050 LONGEVILLE-LES-METZ - Tél. 03 87 55 24 90 - Fax 03 87 55 24 82
197 avenue d'Alsace - 68000 COLMAR - Tél. 03 89 41 77 12 - Fax 03 89 23 70 30

Màj - 19/12/07