





# MUTUELLE DE BAGNEAUX

19, rue de la ballastière  
77167 BAGNEAUX SUR LOING  
Groupe F.M.P. : 1948  
Tel : 01.64.28.39.43. Fax : 01.64.28.38.27  
email : [mutuellebagneaux@wanadoo.fr](mailto:mutuellebagneaux@wanadoo.fr) Site internet : [lamutuelledebagneaux.com](http://lamutuelledebagneaux.com)

## CONTRAT D'ADHESION

### Travailleur Non Salarie

TRAVAILLEUR INDEPENDANT ①

(Artisan, Commerçant etc....) Contrat loi Madelin ②

Basic

Zen

Optium

(Ces contrats sont souscrits pour toute la famille)

AUTO-ENTREPRENEUR ①

Pas de loi Madelin

Basic

Zen

Optium

(Ces contrats sont souscrits pour toute la famille)

① Cochez l'option choisie

② Cochez au dos du document l'adhésion à l'ANDPI

#### Adhérent(e) :

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Noémie (Télétransmission CPAM)\*

Oui

\*cochez si vous souhaitez la télétransmission avec votre organisme de Sécurité sociale

Civilité :  Mlle  Mme  M.

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

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_ / \_ / \_

Profession : \_\_\_\_\_

#### Conjoint(e) :

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Noémie (Télétransmission CPAM)\*

Oui

\*cochez si vous souhaitez la télétransmission avec votre organisme de Sécurité sociale

Civilité :  Mlle  Mme  M.

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

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_ / \_ / \_

Situation professionnelle : \_\_\_\_\_

Salarie

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

Travailleur indépendant

Retraité

Autre \_\_\_\_\_

#### Enfant(s) :

Nom et Prénom

Sexe

Date de naissance

N° d'immatriculation

Noémie \*

_____	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_ / _ / _	_____	<input type="checkbox"/>

\*cochez si vous souhaitez la télétransmission avec votre organisme de Sécurité sociale

Ces informations ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès et de rectification pour toute information sur notre fichier, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°7817 du 06.01.1978.

## Adresse :

Adresse -----

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : -----

Téléphone domicile: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Email :-----

Téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

## Etiez-vous déjà adhérent à une Mutuelle ?

Non

Nom et adresse de la Mutuelle : -----

Oui<sup>(1)</sup>

## Votre mode de règlement :

Je demande que ma cotisation soit prélevée entre le 10 et le 15 de chaque mois d'échéance par Mandat SEPA.

Je souhaite régler par chèque à l'échéance suivante :  Trimestrielle

Semestrielle

Annuelle

## Pièces à fournir :

- photocopie d'une pièce d'identité pour **chaque bénéficiaire**
- relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne
- copie de **l'attestation** carte Vitale pour **chaque bénéficiaire**
- 1 attestation de résiliation de votre ancienne Mutuelle

## L'adhérent(e) :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement mutualiste ainsi que du descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions.
- Certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets, sincères et exacts et ne sont susceptibles de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle.
- Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes du Régime Obligatoire à la Mutuelle.
- Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 06/01/78 (art. 27), je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant. Je peux ainsi m'opposer à qu'elles soient communiquées à des tiers en adressant un courrier à la Mutuelle de Bagneaux – 19 rue de la Ballastière – 77167 BAGNEAUX SUR LOING

Date d'inscription souhaitée : 01 / \_\_ / \_\_

(Sous réserve des délais d'attente et d'acceptation du dossier par la mutuelle)

**Le double du contrat signé vous sera retourné.**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Signature :

### Réservé à la Mutuelle

Acceptation de la mutuelle :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Signature :

Je prends connaissance de la nécessité d'avoir à produire moi-même les attestations de paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires, à mes caisses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie

Un délai de rétractation de 7 jours existe si le contrat de complémentaire santé a été signé face à face ou si le contrat n'a pas encore pris effet.

## ② Pour adhérer à la Mutuelle de Bagneaux dans le cadre de la loi Madelin\*

J'adhère à l'Association Nationale du Développement et de la promotion sociale des Professions Indépendantes (ANDPI). Je prends connaissance de la nécessité d'avoir à produire moi-même les attestations de paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires, à mes caisses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie.

\* Contrat d'assurance de groupe souscrit, en application de la loi du 11/12/1994 et du décret du 05/09/1994 par l'ANDPI (Association Nationale du Développement et de la promotion sociale des Professions Indépendantes) régie par la loi du 01<sup>er</sup> juillet 1901 – ANDPI – 447 Avenue de Jouques, Site d'activité Les Paluds – Pôle Performance – Bt. C1 – 13400 Aubagne.

Je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle de l'assuré entraînerait la nullité de l'assurance.

MUTUELLE DE BAGNEAUX

19 rue de la Ballastière 77167 BAGNEAUX SUR LOING

Mutuelle régie par le code de la Mutualité, soumise au livre II N° 444 205 769 et substituée par la Mutuelle Familiale. Registre National des Mutuelles N° 784 442 915

