

**DATE** d'adhésion ou d'effet :   /

Le contrat prend effet au mieux le premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion et de l'ensemble des pièces demandées en annexe 1 de celui-ci. L'adhérent peut toutefois choisir le 1<sup>er</sup> jour d'un mois postérieur. Il est avisé par courrier ou courriel de la date de prise d'effet de l'adhésion.

**COUVERTURE** (cochez la garantie choisie)

Essentiel

Confort

**RENSEIGNEMENTS MEMBRE PARTICIPANT** (à remplir en lettres capitales)

N° d'adhérent MMEI   (si existant)

Mme  M.

Date de naissance :

Nom (marital) : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

Email : .....

J'autorise la MMEI à me transmettre mes décomptes par mail (adresse ci-dessus).

En cas de refus, cochez la case ci-contre :

En activité  Retraité(e)  Sans activité, précisez (Pôle emploi, Invalidité...) : .....

N° Immatriculation Régime Obligatoire :   ← clé obligatoire

**AYANTS DROIT** : les personnes que vous assurez (à remplir en lettres capitales)

**CONJOINT(E) OU ASSIMILE(E)**

Mme  M.

Date de naissance :

Nom (marital) : ..... Prénom : .....

N° Immatriculation Régime Obligatoire :   ← clé obligatoire

**ENFANTS** (de moins de 26 ans ou ascendant à charge) :

Immatriculation au Régime Obligatoire

Nom : ..... Prénom : ..... Date naiss : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date naiss : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date naiss : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date naiss : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date naiss : .....

**VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE :**

- Régime général  
 Local (régime Alsace- Moselle)  
 Autres, précisez : .....

**RÈGLEMENT DES COTISATIONS :**

Par prélèvement bancaire **mensuel** (le 15 de chaque mois) : le mandat de prélèvement SEPA joint.

Par chèque- trimestriellement- à l'ordre de la MMEI, à envoyer à MMEI Gestion Harmonie Mutuelle- TSA 51630- 75901 Paris

Le premier paiement doit intervenir sans rappel de la part de la MMEI dès que vous avez été avisé par courrier ou courriel de la date d'effet de votre adhésion, au prorata du trimestre en cours restant à courir.

En cas de non paiement de votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, la MMEI se réserve le droit, après mise en demeure restée sans effet, de suspendre le paiement des prestations pendant une durée de trente (30) jours, puis à l'issue de cette suspension, si le non-paiement se poursuit, de résilier la garantie conformément à l'article II-6 du Règlement Mutualiste Mairie.



## MES OBLIGATIONS

J'autorise la mise en place de la procédure de télétransmission automatique par informatique, sous réserve de l'accord de mon régime obligatoire, pour moi et pour l'ensemble de ma famille (s'il y a lieu).

En cas de refus, cochez la case ci-contre :

- ✓ J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans le bulletin d'adhésion me concernant, ainsi que (s'il y a lieu) concernant mes ayant droits, et je m'engage à signaler toute modification conformément à l'article II-7 du Règlement mutualiste.
- ✓ Jereconnaisavoirprisconnaissanceetacceptésansréservedesconditionsdeventeparcorrespondance,lesstatuts,lerèglementintérieur et le Règlement Mutualiste Mairie, avec en Annexe I le tableau des garanties, l'ensemble de ces éléments m'ayant été communiqués avant l'adhésion, compte tenu des besoins que j'ai exprimés, du conseil formulé par la MMEI sur la couverture santé à souscrire, du document d'information (DIPA) sur le contenu des principales garanties et exclusions des produits d'assurance santé de la MMEI.

**Consentement à l'utilisation des données personnelles :** Vos données personnelles ne pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale, sauf si vous l'acceptez en cochant l'une ou l'autre, ou toutes les cases ci-dessous :

- par courrier postal
- par téléphone
- par courrier électronique

Par ailleurs vous pouvez à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier en écrivant à la société OPPOSETEL- service BLOCTEL- 6 rue Nicolas Siret- 10300 Troyes, ou par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément au Règlement mutualiste (Art. VI-2).

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la Mutuelle de vous démarcher téléphoniquement en cas de relations contractuelles préexistantes (Art. L223-1 du Code de la consommation).

## DROIT DE RENONCIATION

En cas d'adhésion à distance, vous disposez d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, à compter du jour où votre adhésion a pris effet, pour renoncer à votre adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à la MMEI, 122 rue de Javel- 75015 Paris. Le remboursement de la première cotisation s'effectue dans les trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Un modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice de ce droit est proposé en annexe II au présent bulletin d'adhésion.

À : ..... date

Signature

## Annexe I

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous remercions de bien vouloir remplir soigneusement le Bulletin d'adhésion et de **joindre les pièces justificatives demandées ci-dessous** (fournir les documents pour chacun des ayants droit inscrit ci-avant) :

MEMBRE PARTICIPANT	CONJOINT OU ASSIMILÉ	ENFANTS**
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Photocopie de l'attestation* de votre Régime Obligatoire en cours de validité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Photocopie de l'attestation* de votre Régime Obligatoire en cours de validité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copie du livret de famille (acte de naissance pour le nouveau né)</li> <li>✓ Photocopie de l'attestation* de votre Régime Obligatoire en cours de validité <b>si</b> immatriculé sous son nom propre ou sous celui du bénéficiaire non couvert</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Facture ou quittance attestant de la résidence commune</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>RIB</b> (Relevé d'Identité Bancaire) ou <b>IBAN</b> du compte sur lequel seront versées les prestations le concernant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>RIB</b> (Relevé d'Identité Bancaire) ou <b>IBAN</b> du compte sur lequel seront versées les prestations le concernant (si différent du membre participant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si âgé de plus de 16 ans : <b>RIB</b> (Relevé d'Identité Bancaire) ou <b>IBAN</b> du compte sur lequel seront versées les prestations le concernant (si différent du membre participant)</li> </ul>

\* Ne pas faire de photocopie de la carte vitale car inexploitable

\*\* Moins de 26 ans

Après avoir complété l'ensemble des informations vous concernant, ainsi que celles de vos ayants droit s'il y a lieu, pour confirmer et valider votre adhésion, veuillez signer et envoyer ce formulaire d'adhésion par mail ou **courrier postal** à l'une des adresses indiquées en bas de la présente Annexe I, avec l'ensemble des pièces demandées dans cette annexe.

**En cas d'envoi par mail, les originaux du bulletin d'adhésion et du titre SEPA (si ce mode de paiement a été choisi) doivent de plus être envoyés par courrier.**

**Mutuelle MMEI Angers**

355 avenue du Général Patton  
49066 ANGERS CEDEX 01  
Tél. 02. 41. 48. 61. 88

[adhesion.mmei@mmei.fr](mailto:adhesion.mmei@mmei.fr)

**OU**

**Mutuelle MMEI Belfort**

6 rue du Rhône  
90000 BELFORT  
Tél. 03. 84. 22.14. 39

*Conservez une copie de ce document avant de nous le retourner.*

Vous recevrez prochainement votre carte mutualiste qui attestera de votre adhésion à la Mutuelle et de l'ouverture de vos droits.

## Annexe II

### A - EXERCICE DU DROIT A RENONCIATION

(prévu par l'article I-2-3 du Règlement mutualiste et l'article L221-18 du Code de la mutualité)

(Modèle de rédaction)

Je soussigné Mr (Mme) ..... (Nom, Prénom, adresse)

Dans le délai de 14 jours calendaires révolus qui m'est imparti pour renoncer à la garantie souscrite auprès de la MMEI, à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion que vous m'avez indiquée par courrier, je déclare renoncer à mon adhésion concernant le contrat complémentaire santé XXX que j'ai souscrit le ..... (ainsi que celle souscrite pour mon conjoint et mes enfants).

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de l'inscription dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus, à compter de la date de réception de ma lettre recommandée de renonciation.

Date et signature .....

### B - INFORMATIONS SUR VOS DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES DANS LE BULLETIN D'ADHESION

**Type de traitement** : Les données à caractère personnel recueillies dans le présent bulletin d'adhésion font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants-droits.

**Caractère des données personnelles demandées** : Les données personnelles demandées ont un caractère obligatoire. Leur non fourniture aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des prestations et services attendus.

**Responsable du Traitement des données, finalités, fondement et durée de conservation** : Les données personnelles fournies sont destinées à la MMEI, Responsable du traitement, ainsi qu'à ses sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat. Elles sont utilisées aux fins précisées dans l'article VI-4 du Règlement mutualiste pour la passation et la gestion (y compris commercial) du contrat ainsi que pour garantir le respect par la Mutuelle de ses obligations légales. Elles sont conservées selon les modalités précisées dans le Règlement mutualiste (Art. VI-4 dernier alinéa).

**Vos droits sur vos données à caractère personnel** : Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et vous pouvez disposer de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit au retrait de votre consentement à l'utilisation de vos données personnelles et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'effacement et d'opposition (Art. VI-4 du Règlement mutualiste).

**Modalités d'exercice de vos droits** : Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable de la Protection des données de la MMEI par email à l'adresse suivante : [rgpd-dpo@mmei.fr](mailto:rgpd-dpo@mmei.fr), ou par courrier postal adressé à :

MMEI - DPO/RGPD - 122 rue de Javel - 75015 Paris

en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité.

En cas de réclamation relative au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez de plus saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).