

A decorative black arc on the left side of the page, pointing towards the text.

Bulletin d'Adhésion

**LUMINÉIS<sup>®</sup>**



Votre mutuelle Miltis a confié la gestion de votre garantie à Alptis Assurances.



## COMPLÉTER CE BULLETIN D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion  Modification N° adhérent

Cachet et code du partenaire

N° proposition Internet

CODE PARTENAIRE

Pour la garantie **LUMINÉIS®**

ESC  LIN

Si rien n'est coché, l'option retenue par défaut sera LIN  
Pour les adhérents salariés, LIN uniquement

**MEMBRE PARTICIPANT**  M  Mme  Mlle Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal  Ville ..... Téléphone  Portable

Email ..... Situation de famille :  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Profession précise du membre participant .....

Code CSP du membre participant\* .....

\*Agriculteurs exploitants (500) - Artisans (410) - Commerçants et assimilés (430) - Chefs d'entreprise (420) - Professions libérales et assimilées (450) - Cadres et employés de la fonction publique (280) - Cadre d'entreprise (220) - Employés et agents de maîtrise (242) - Ouvriers (243) - Retraités (700) - Personnes sans activité professionnelle (290).

Profession précise du conjoint .....

**demande à adhérer à la mutuelle Miltis pour les garanties ci-après.**

Les adhésions prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances du présent Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

## CHOIX DES GARANTIES ET PERSONNES À GARANTIR



DATE D'EFFET SOUHAITÉE  au plus tôt le lendemain de la réception du Bulletin d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances.

Niveau Hospi Seule  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Pack optionnel Optique/Dentaire/Prothèses auditives<sup>(1)</sup>  Pack optionnel Bien Être<sup>(1)</sup>  Tiers Payant à l'usage<sup>(1)</sup>

	MEMBRE PARTICIPANT	CONJOINT	1 <sup>er</sup> ENFANT	2 <sup>e</sup> ENFANT	3 <sup>e</sup> ENFANT
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime de base <sup>(2)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° assuré social	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base du membre participant ou de son conjoint.  Membre participant  Membre participant  Membre participant  
 Conjoint  Conjoint  Conjoint

En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.

<sup>(1)</sup> Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et le ou les même(s) pack(s) optionnel(s) et/ou le Tiers Payant à l'usage. Les packs optionnels et le Tiers Payant à l'usage ne peuvent être souscrits avec le niveau Hospi seule.

<sup>(2)</sup> Régime général de la Sécurité sociale, régime des exploitants agricoles, régime des salariés agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires.

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES À COUVRIR (document annexé à votre carte Vitale).**

## LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin et j'adhère à l'association Alptis. La cotisation associative de 2,00 € par mois est incluse dans mes cotisations et est reversée par la mutuelle Miltis à l'association Alptis. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations, et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

## VIREMENT DES PRESTATIONS SANTÉ

Je souhaite que mes remboursements soient virés :

sur le même compte bancaire que celui que j'indique pour le prélèvement de mes cotisations,  
 sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations :

IBAN  Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

BIC

En option - **PACK HOSPITÉIS**DATE D'EFFET SOUHAITÉE  au plus tôt le lendemain de la réception du Bulletin d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances.

## GARANTIE CHOISIE :

 Niveau 1 (15 € par jour)
  Niveau 2 (30 € par jour)
  Niveau 3 (50 € par jour)

## PERSONNES À GARANTIR :

 Tous les bénéficiaires de la garantie santé
  Membre participant + conjoint
  Membre participant seul

 J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial des partenaires de l'Assureur. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (Dispositif BLOCTEL)

Je déclare sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce Bulletin d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de la mutuelle et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. Je devrais déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise Alptis Assurances à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base (hormis le niveau Hospi Seule), afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. En cas de souscription du "Tiers Payant à l'usage", je reconnais être informé que des frais de fonctionnement du tiers payant à hauteur de 2 euros par facture, seront appliqués en cas d'usage du tiers payant et pour les spécialités ouvertes au tiers payant (hormis pour l'hospitalisation).

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-contre, des statuts, du règlement mutualiste de la Mutuelle Miltis et des dispositions particulières contractuelles de la ou les garanties(s) (Luminéis, Pack Hospitéis le cas échéant) (valant notice d'information en cas d'adhésion au dispositif Madelin et porté par le contrat collectif à adhésion facultative n° MSRM 17). Je reconnais également avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information contractuelle "Miltis Service Santé".

J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 14 jours, selon les modalités prévues dans les dispositions particulières.

Je certifie avoir pris connaissance que les informations recueillies par Miltis sont nécessaires à l'appréciation du bulletin d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de mon adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises au délégataire de gestion, prestataires ou réassureurs de Miltis. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent. Je peux également, pour des motifs légitimes, m'opposer au traitement des données me concernant. Je peux exercer ces droits en m'adressant à : Miltis - 25 cours Albert Thomas 69003 LYON ou [contact-cnill@miltis.fr](mailto:contact-cnill@miltis.fr). Miltis se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

Fait à , le 

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



## MONTANT DE LA COTISATION

Tarif en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours au moment de la signature du présent bulletin.

Cotisation mensuelle globale (incluant la cotisation associative si je bénéficie de la loi Madelin) Cotisation mensuelle de la garantie PACK HOSPITÉIS si souscrite Droit d'adhésion à la mutuelle\*  20 €Montant de la 1<sup>ère</sup> échéance 

## PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT

Par prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire

 Mois
  Trimestre
  Semestre
  Année

Les cotisations sont payables d'avance.

\*Le droit d'adhésion est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si le membre participant est déjà membre de la mutuelle.

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et dates de prélèvement, vous sera adressé à minima 5 jours avant le premier prélèvement. Vos cotisations seront prélevées sans frais.

N° IDENTIFIANT  
CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR75ZZZ234176

## COMPTE À DÉBITER

  
IBAN (International Bank Account Number)

  
BIC (Bank Identifier Code)

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

**Alptis Assurances**  
**25, cours Albert Thomas**  
**69003 Lyon**

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom Prénom Adresse Code postal  Ville 
 Paiement récurrent
DATE 

SIGNATURE



En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

## Pour ne rien oublier

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

### Avez-vous complété, daté, signé ?

- Le Bulletin d'Adhésion.
- Le mandat de prélèvement SEPA.

### Avez-vous joint à votre bulletin ?

- Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir (il s'agit de l'attestation qui accompagne votre carte Vitale et que vous pouvez vous procurer sur simple demande auprès de votre caisse d'assurance maladie). A défaut, merci de nous communiquer les éléments d'identification figurant sur ces attestations (régime, caisse, centre et clé).
- 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
- La photocopie d'une pièce d'identité.

## Où renvoyer votre Bulletin d'Adhésion

Vous devez renvoyer votre bulletin d'adhésion à :

*Si vous résidez en Métropole*

**Alptis Assurances - Service Souscription**  
**25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03**

*Si vous résidez dans les DROM*

**Miltis**  
**9, rue Pierre Lyaudet - entrée rue Saint-Eloi**  
**Cité Artisanale de Dillon - 97200 Fort-de-France**



**Alptis assurances**

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr) • Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

**Miltis**

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél. : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)