

A black crescent moon graphic on the left side of the page, pointing towards the text.

Bulletin d'Adhésion

PACK HOSPITÉIS[®]



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

Réf : **BA P-HOSPI**



Cachet et code du courtier

COMPLÉTER CE BULLETIN D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion Modification N° adhérent

N° proposition Internet
 CODE COURTIER

MEMBRE PARTICIPANT M Mme Mlle Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville Téléphone Portable

Email N° de Sécurité sociale

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 publiques (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 la garantie 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^{ère} cotisation.

CHOIX DES GARANTIES ET PERSONNES À GARANTIR

PACK HOSPITÉIS[®]

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

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

LES PERSONNES À GARANTIR

	MEMBRE PARTICIPANT	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT	3 ^e 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 ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

⁽¹⁾ Régime général de la Sécurité sociale, régime des exploitants agricoles, régime des salariés agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires.

LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin et j'adhère à l'association Alptis. Je verse à ce titre une cotisation mensuelle de 1 euro à l'association. 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

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

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Si vous n'êtes pas en mesure de signer cette Déclaration d'Etat de Santé, vous ne pouvez adhérer à la présente garantie.

Je soussigné(e) Nom Prénom déclare sur l'honneur que la ou les personne(s) à assurer :

Membre participant : Oui Non Conjoint : Oui Non 1^{er} enfant : Oui Non 2^e enfant : Oui Non 3^e enfant : Oui Non

- ne sont pas prises en charge à 100 % par leur régime de base ;
- ne sont pas actuellement hospitalisées ;
- ne sont pas informées de la nécessité d'un séjour hospitalier dans les 6 prochains mois.

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. Je déclare exacte et sincère la présente Déclaration d'État de Santé qui servira de base à l'acceptation de la mutuelle.

Signature précédée de la mention manuscrite
"LU ET APPROUVÉ"



Cette Déclaration d'État de Santé est valable
4 mois à compter de la date de signature

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'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. 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 de la garantie. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 14 jours, selon les modalités prévues dans le règlement mutualiste.

Fait à, le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation du Bulletin d'Adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre 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 à la mutuelle et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnii@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

ACOMPTE FORFAITAIRE

Droit d'adhésion à la Mutuelle* 20 €

Acompte cotisation 29 €

Total acompte (chèque à l'ordre d'Alptis Assurances) 49 €

*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.

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Mois Trimestre Semestre Année

Le chèque d'acompte libellé à l'ordre d'Alptis Assurances est à joindre au Bulletin d'Adhésion. Le montant de l'acompte forfaitaire vous est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée ou si vous décidez d'y renoncer.

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 A 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 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.
- La Déclaration d'Etat de Santé.

Avez-vous joint à votre bulletin ?

- Votre chèque de 49 € correspondant au montant de votre acompte forfaitaire, libellé à l'ordre d'Alptis Assurances.
- 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.
- L'attestation ou le certificat de radiation de votre garantie allocation hospitalière (interruption tolérée 60 jours, durée d'adhésion d'au moins 6 mois) qui permettent de bénéficier de l'abrogation totale des délais d'attente du PACK HOSPITÉS.
- 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 DOM

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