

Bulletin d'Adhésion



SURCOMPLÉMENTAIRE ACS

Exclusivement réservé aux bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé.

COMPLÉTER CE BULLETIN D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion Modification N° de membre participant

Cachet et code du partenaire

Nom de l'apporteur
 CODE PARTENAIRE
 Téléphone
 Conseiller

MEMBRE PARTICIPANT

M Mme Mlle

Nom Nom de naissance Prénom(s)

Date de naissance Régime de base ⁽¹⁾ N° d'assuré social

Adresse

Code postal Ville Téléphone Portable

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

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 du Gestionnaire CERGAP 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 de paiement de la 1^{ère} cotisation.

BÉNÉFICIAIRE(S) GARANTI(S) PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT ⁽²⁾	2 ^e ENFANT ⁽²⁾	3 ^e ENFANT ⁽²⁾
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<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"/>
N° d'assuré social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Membre participant Conjoint Membre participant Conjoint Membre participant Conjoint

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

⁽²⁾ Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base du membre participant ou de son conjoint. En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS DE DROIT À L'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

GARANTIE

SURCOMPLÉMENTAIRE ACS

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Niveau 1 Niveau 2

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

MONTANT DE LA COTISATION

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

Cotisation mensuelle globale

Droit d'adhésion à la mutuelle*

Montant de la 1^{ère} échéance

PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Par prélèvement bancaire, 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.

Par défaut, le versement des prestations santé s'effectuera sur le même compte bancaire que celui fourni pour le règlement des cotisations.

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 devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance.
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 dispositions particulières contractuelles correspondant aux garanties que j'ai souscrites.

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

Fait à , le
Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par CERGAP sont nécessaires à l'appréciation de la demande 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 l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. CERGAP 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 : Centre de gestion CERGAP, Convention Miltis - 7 rue Jean Perrin, BP 20007 - LUISANT, 28633 GELLAINVILLE ou contact-cnll@cergap.fr.

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)
FR55ZZZ518552

COMPTE A DÉBITER
<input type="text"/>
IBAN (International Bank Account Number)
<input type="text"/>
BIC (Bank Identifier Code)
<input type="text"/>

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
CERGAP
7, rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT
28633 GELLAINVILLE CEDEX

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom <input type="text"/>
Prénom <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>
Code postal <input type="text"/> Ville <input type="text"/>

Paiement récurrent

DATE

SIGNATURE



En signant ce formulaire de mandat, j'autorise CERGAP à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de CERGAP. 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.

Où renvoyer votre demande d'adhésion ?

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

Centre de Gestion CERGAP, Convention Miltis
7, rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT - 28633 GELLAINVILLE CEDEX

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)

GERGAP

7, rue Jean Perrin - BP 20007 LUISANT - 28633 GELLAINVILLE • Tél : 02 37 91 05 65
Société par Actions Simplifiée au capital de 240 000 € - RCS de Chartres 478 989 833