

A decorative black arc that curves from the left side of the page towards the text.

Bulletin d'Adhésion

LUMINÉIS[®]



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^{ère} 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⁽¹⁾ Pack optionnel Bien Être⁽¹⁾ Tiers Payant à l'usage⁽¹⁾

	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 ⁽²⁾	<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.

⁽¹⁾ 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.
⁽²⁾ Régime général de la Sécurité sociale, régime des exploitants agricoles, régime des salariés agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires, régime des TNS.

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**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. 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.

 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 ou les contrat(s) collectif(s) à adhésion facultative n° MSRM 17 ou n° MPM 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.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par la Mutuelle Miltis font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à la mutuelle et à l'association souscriptrice si le membre participant a opté pour le bénéfice de la loi Madelin. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts

légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de la Mutuelle Miltis et, le cas échéant, le délégataire de gestion, l'association, l'intermédiaire en assurance, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. La Mutuelle Miltis prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Mutuelle Miltis, 25 cours Albert Thomas, 69003 Lyon ou contact-cnll@miltis.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. La Mutuelle Miltis se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur <https://www.mutuelle-miltis.fr>.

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^{ère} échéance.....
PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT

Par prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire

 Mois Trimestre Semestre Année

ou alors :

- par chèque (trimestriel/semestriel/annuel)

- par CB dans l'espace adhérent (trimestriel/semestriel/annuel)

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


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

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Alptis Assurances 25, cours Albert Thomas 69003 Lyon

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTÉ 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	<input type="text"/>
SIGNATURE	<input type="text"/>



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.

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS D'ADHÉSION DANS LE CADRE D'UN DÉMARCHAGE À DOMICILE

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre de renonciation (Lettre Recommandée avec A/R)

SI VOUS RÉSIDEZ EN MÉTROPOLE :

Alptis Assurances - Service Gestion - 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

Objet : Renonciation à l'adhésion de la garantie LUMINÉIS

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom, Prénom, N° de membre participant], demeurant à [lieu de résidence], ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date].

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à [Lieu], Le [date]

Signature

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 demande ?

- 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 • 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)