CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Bulletin d'adhésion

Gamme UNSA

Contrat collectif à adhésion facultative : ☐ N° LT14901ME (individuel) ☐ N° LT14902ME (TNS)

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé
CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Date d'effet au : 01 / ..... / 20.....

Date d'effet au : 01/ /20

Cachet du courtier

Code : .....

ADHÉRENT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

N° SS :

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droits de votre Régime obligatoire et le cas échéant, un certificat de radiation de votre ancien organisme de complémentaire santé pour la dispense de stages.

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Courriel :

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

Régime : ❑ .....

Option choisie :

❑ UNSA 1 ❑ UNSA 2 ❑ UNSA 3

Périodicité du prélèvement (cochez selon votre choix) :

☐ mensuel ☐ trimestriel

Prélèvements au : ☐ 5 du mois ☐ 10 du mois

Cotisation* :	☐ U1	☐ U2	☐ U3	
Isolé :	36,54 €	55,96 €	69,43 €	€/ mois
Couple :	80,59 €	126,83 €	155,33 €	€/ mois
Famille :	126,20 €	189,63 €	227,04 €	€/ mois
Total :				€/ mois
Cotisation LIBR'OUVERT**			12	€/ an
Cotisation LIBR'ENTREPRISE (TNS)**			12	€/ an

* Cotisation pouvant être modifiée au 1er janvier de chaque année
** Cotisation annuelle prélevée au 1er janvier de chaque année

BENEFICIAIRES

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Nom : Prénom : Né(e) le : N° SS : SS ❑ AL MOS ❑ TNS ❑ AUTRES ❑

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droits de votre Régime obligatoire ainsi que des personnes à assurer ci-dessous

Personnes à charge (enfants, ...)

				SS	AL MOS	TNS	AUTRES
Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :	❑	❑	❑	❑
Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :	❑	❑	❑	❑
Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :	❑	❑	❑	❑
Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :	❑	❑	❑	❑

Après avoir pris connaissance des Statuts, du Règlement mutualiste, je déclare adhérer à CCMO Mutuelle et souscrire pour moi-même ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées. Je m'engage à respecter un sociétariat minimum d'un an. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion du régime complémentaire frais de santé ci-avant désigné. Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations me concernant sur ce fichier en m'adressant à CCMO Mutuelle 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex. Les destinataires de ces informations sont CCMO Mutuelle, ses éventuels coassureurs, réassureurs ou les organismes professionnels concernés, qui pourront m'adresser par e-mail ou voie postale des propositions et documents commerciaux susceptibles de m'intéresser.
Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions ou documents, je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse ci-dessus indiquée.
En outre, conformément au décret 2015-556 du 19 mai 2015, vous disposez aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.
L'adhésion aux garanties CCMO Mutuelle entraîne l'adhésion à l'association LIBR'OUVERT. Pour les TNS s'ajoute l'adhésion à l'association LIBR'ENTREPRISE qui permet de bénéficier des dispositions de la loi Madelin du 11 février 1994.
Je déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations aux régimes d'assurances obligatoires et en avoir produit l'attestation.
Sauf notification expresse de ma part, j'accepte que le règlement de mes prestations soit effectué par télétransmission entre CCMO Mutuelle et le Régime obligatoire dont je dépends.
Le montant des cotisations est donné à titre indicatif, sous réserve de validation par CCMO Mutuelle lors de l'enregistrement de l'adhésion.

À , le :

Signature précédée de mention « lu et approuvé » :

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité - N°780508073

Octobre 2016

Mandat de prélèvement SEPA

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CCMO Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CCMO Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Organisme créancier : **CCMO Mutuelle**
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Identifiant Créancier SEPA **FR42ZZZ394529**

Titulaire du compte

Nom du payeur : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Paiement récurrent / répétitif ☑ paiement ponctuel / unique ☐

Compte à débiter

BIC

IBAN

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance. Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

A : ..... Le : ____/____/_____

Signature :

« Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité - N°780508073 - Réf. : C10205-6 - Avril 2016

Exemplaire à nous retourner