

COLLECTIVITÉ : _____

☐ Adhésion ☐ AvenantDate Effet : _____ ☐ FORMULE 1 ☐ FORMULE 2 ☐ FORMULE 3 N° Adhérent _____

L'AGENT

Nom/Prénom : _____

(pour les femmes mariées, indiquez : Madame X née Y)

Date de naissance : _____ N° S. Sociale : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Etat civil : ☐ Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Vie Maritale ☐ Divorcé (e) ☐ Veuf (ve) ☐ PACS☐ Assuré (e) social ☐ MSA* ☐ TI* Profession _____

* Mutuelle Sociale Agricole / Travailleurs Indépendants

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° Tél. : _____ E-mail : _____

LES AYANTS DROITS

LE CONJOINT / CONCUBIN / PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

(Fournir un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun ou fournir une copie du pacte civil de solidarité)

Nom/Prénom : _____

(pour les femmes mariées, indiquez : Madame X née Y)

Date de naissance : _____ N° S. Sociale : _____

☐ Assuré (e) social ☐ MSA* ☐ TI* Profession _____

* Mutuelle Sociale Agricole / Travailleurs Indépendants

Est-il couvert par un autre régime complémentaire Frais de Santé ou par la C2S ? ☐ OUI ☐ NON

LES ENFANTS A CHARGE

Nom/Prénom	Date de Naissance	Sexe M / F	N° Sécurité Sociale

Sont considérés comme enfant à charge : les enfants de l'Assuré ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ; les enfants de l'Adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé avant leur 21ème anniversaire (quel que soit leur âge)

Pièces à joindre :

- La photocopie de votre attestation d'assuré social (fournie avec la carte plastifiée VITALE) et éventuellement celle(s) de vos ayants droit. En cas de changement de situation de famille, une photocopie de la nouvelle attestation devra être adressée à AMELLIS mutuelles.
- Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal pour effectuer le règlement des prestations par virement.

La signature du présent bulletin vaut acte d'adhésion à la mutuelle.

"Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document et la sincérité des indications figurant sur le bulletin d'adhésion et je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de la garantie."

"J'autorise Amellis Mutuelles à traiter mes décomptes de prestations par télétransmission avec mon régime obligatoire. Je m'engage à fournir toutes pièces complémentaires nécessaires à la gestion de mon adhésion sur simple demande de la mutuelle. J'ai la faculté de refuser cette procédure de télétransmission en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document."

Mon affiliation permet la délivrance d'une carte d'avance de frais ouvrant droit à la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé, dans les conditions définies au contrat d'adhésion, je m'engage à restituer sans délai ma carte en cours de validité si je venais à quitter la mutuelle ainsi qu'à rembourser AMELLIS mutuelles de toute somme indûment avancée sur mon compte.

Conformément à la loi "informatique et libertés" et RGPD, vous pouvez exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement, d'accès à vos données, de rectification, de suppression, en contactant le délégué à la protection des données par courriel électronique à dpo@amellis.fr, ou par courrier postal à Amellis Mutuelles 8 rue de la Poyat 39 200 St Claude, à l'attention du Délégué à la protection des données, en nous indiquant vos nom, prénom, adresse et en joignant à cette demande une copie d'un justificatif d'identité pour que votre demande puisse être traitée.

Fait à : _____

Le : _____

Signature
(précédée de la mention :
"lu et approuvé")

CACHET DE LA COLLECTIVITÉ

Mandat de prélèvement SEPA

Document à remplir et à retourner à Amellis mutuelles dûment complété et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Référence unique du mandat (zone réservée à Amellis mutuelles)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Amellis mutuelles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Amellis.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTITÉ DU TITULAIRE DU CONTRAT

Nom et prénom : _____

N° d'adhérent : _____

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom et prénom : _____

Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Type de paiement : **récurrent**

☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel (cocher la case correspondante à la formule retenue)

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

(ces données figurent dans votre carnet de chèques
ou sur votre relevé de compte)

IBAN : _____

BIC : _____

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

AMELLIS mutuelles
8, rue de la Poyat
39200 Saint-Claude

Identifiant créancier SEPA :
FR40ZZZ454802

Fait à : _____ Le : _____

SIGNATURE (OBLIGATOIRE)

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données ou introduire une réclamation ou des directives post mortem par courriel électronique à dpo@amellis.fr ou en écrivant à: AMELLIS Mutuelles, à l'attention du délégué à la protection des données - 8 rue de la Poyat 39 200 Saint Claude.