

	NOM	PRENOM	SEXE	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
M			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
M			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
Enf.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
Enf.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
Enf.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	

**Votre situation :**  100% partiel Séc. Soc.  100% total Séc. Soc.  Art. L212-1 (Ex L115)  Ressortissant ONAC  
 Adhérent UNC  Militaire en activité

**Je choisis la garantie :**  BASIC  INTEGRAL  OPTIMUM

GARANTIE + RESPONSABLE  OPT 1  OPT 2

SURCO  OPT 1  OPT 2

**Tranche d'âge :** \_\_\_\_\_ **Tarif mensuel :** \_\_\_\_\_

**Date d'adhésion souhaitée**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse:.....  
.....

Ville : ..... Code postal : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : .....

@ **Mail obligatoire pour créer l'accès à votre espace personnel:**

**Comment avez-vous connu la mutuelle ? :**

Par la publicité .....

Par Internet / réseaux sociaux.....

Par relations .....

Par parrainage (indiquer nom parrain).....

Autres : .....

**MERCI DE JOINDRE LES ATTESTATIONS RECENTES DE SECURITE SOCIALE AINSI QUE LA COPIE D'UNE PIECE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE.**

Ces documents sont utilisés uniquement dans le cadre de l'étude et de la gestion du dossier

**Adhésion :**  Individuelle  Familiale

**Régime :**  Général  Local (Alsace et Moselle)

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SIGNATURE :**

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

La signature de ce bulletin d'adhésion vaut acceptation sans réserve des statuts et règlement de la Mutuelle du Monde Combattant, dont l'adhérent reconnaît expressément avoir pris connaissance et s'engage à les respecter. Les renseignements demandés sont nécessaires à la gestion de l'adhésion et à l'exécution du contrat et présentent un caractère obligatoire pour le traitement du dossier.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des adhésions, des prestations et des relations avec les adhérents.

Le responsable du traitement est la Mutuelle du Monde Combattant.

Les données sont nécessaires à l'exécution du contrat et sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle, augmentée des obligations légales de conservation.

Elles sont destinées aux services internes habilités ainsi qu'aux prestataires intervenant dans la gestion (notamment la mutuelle gestionnaire). Conformément à la réglementation en vigueur (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant à l'adresse suivante : [contact@mutuelle-combattant.com](mailto:contact@mutuelle-combattant.com).

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité disponible sur notre site internet.



## PRÉLÈVEMENT DE LA COTISATION

Pour les prélèvements, merci de compléter rigoureusement et lisiblement les informations ci-dessous, en lettres capitales et retourner l'ensemble du présent bulletin d'adhésion signé.

Périodicité choisie :  MOIS  TRIMESTRE  SEMESTRE  ANNÉE

**MERCI DE JOINDRE UN R.I.B. OU UN R.I.P.**

Prélèvement effectué gratuitement chaque mois le :  5  15

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**RUM :** \_\_\_\_\_ (Merci de ne pas renseigner)

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle du Monde Combattant à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle du Monde Combattant. 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 contesté, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

### DÉBITEUR

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

IBAN – Identifiant international du compte : .....

BIC – Code international d'identification de votre banque : .....

Fait à ..... Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SIGNATURE**

**Créancier – ICS : FR 79ZZZ643832** Mutuelle du Monde Combattant– 5 rue du Havre – 75008 Paris

Paiement récurrent / répétitif

Mutuelle du Monde Combattant : Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN n.784 360 661 – Substituée auprès de MIE Immeuble le Péricentre,16 Avenue Louison Bobet, 94120 Fontenay-sous-bois

a) En application de l'article L.211-5 du code de la mutualité, la mutuelle substituante, se substitue intégralement à la mutuelle substituée pour l'ensemble des opérations et branches pratiquées par la Mutuelle du Monde Combattant dont notamment des garanties d'assurance maladie et accident, offertes aux membres participants et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2, tels qu'ils sont définis dans le règlement et dans les contrats collectifs de la mutuelle substituée.

b) La mutuelle MIE est agréée pour les branches d'assurance 1 et 2 (accident et maladie) et transmet à première demande de la mutuelle substituée la copie de son agrément. Si son agrément lui était retiré ou déclaré caduc pour l'une de ces deux branches, les adhésions seraient résiliées le quarantième (40ème) jour à midi (12h) à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant ou au souscripteur du contrat collectif qui a acquitté la cotisation.

c) La mutuelle MIE donne à la Mutuelle du Monde Combattant sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale, en application de l'article L.211-5 du code de la mutualité.

La loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier, après un an de souscription, leur contrat de complémentaire santé, à tout moment, sans frais ni pénalité.