Mutuelle de France Alpes du Sud
La santé c'est nous

MUTUALITÉ FRANÇAISE

CONTRAT - ALP PROTEC'TER - SANTÉ
DEMANDE D'ADHÉSION INDIVIDUELLE
N° _____

ADHÉRENT ❑ Madame ❑ Monsieur

NOM _____ PRENOM _____ NE(E) LE : _____

N° de Régime Obligatoire _____

Adresse personnelle _____

_____ LOCALITE _____ CODE POSTAL _____

PORTABLE _____ E-MAIL _____

TELEPHONE DOMICILE _____ TELEPHONE PROFESSIONNEL _____

SITUATION ACTUELLE ❑ Agent de la Fonction Publique Territoriale ❑ Autres, précisez : _____

❑ Titulaire ❑ Stagiaire ❑ Auxiliaire ❑ Contractuel(le) ❑ Temps Partiel ❑ Retraité(e)

FONCTION _____ **GRADE** _____ **ECHELON** _____

Date d'entrée dans l'Administration _____ Lieu de fonction _____

Justificatif d'adhésion ❑ Oui ❑ Non Employeur actuel _____

Ancien employeur (pour les retraités) _____

Montant du coefficient de majoration _____

GARANTIE SOUSCRITE ❑ C ❑ C+ ❑ B ❑ A
(Telle que figurant au verso du présent document)

VOS BÉNÉCIAIRES

Votre conjoint NOM _____ PRÉNOM _____ NE(E) LE _____

N° de Régime Obligatoire _____

Bénéficiaire 1 NOM _____ PRÉNOM _____ NE(E) LE _____

N° de Régime Obligatoire _____

Bénéficiaire 2 NOM _____ PRÉNOM _____ NE(E) LE _____

N° de Régime Obligatoire _____

Bénéficiaire 3 NOM _____ PRÉNOM _____ NE(E) LE _____

N° de Régime Obligatoire _____

Bénéficiaire 4 NOM _____ PRÉNOM _____ NE(E) LE _____

N° de Régime Obligatoire _____

MODE DE REGLEMENT DES COTISATIONS ET PÉRIODICITÉ

Prélèvement automatique ❑ Oui ❑ Non Mensuel ❑ Trimestriel ❑ Semestriel ❑ Annuel ❑

Par chèque* ❑ *(*A minima trimestriel)*

Précompte sur salaire *(sous réserve de l'accord de l'employeur public et de l'agent)* ❑ Oui ❑ Non

Montant de la cotisation annuelle _____

Conformément aux dispositions de l'article L.521-3 du Code des assurances, nous vous informons que la rémunération de votre conseiller, dans le cadre de la distribution du contrat d'assurance qui vous est proposé, n'est composé que d'une part fixe. Votre conseiller n'est pas soumis à des objectifs commerciaux induisant une rémunération variable. Votre conseiller n'est donc pas commissionné sur la vente du contrat ou sur le niveau de garantie proposé. Des primes exceptionnelles peuvent néanmoins être attribuées sur la base de critères quantitatifs et qualitatifs.

Je déclare avoir pris connaissance des Statuts de la Mutuelle de France Alpes du Sud, des conditions générales, du niveau des garanties souscrites sur la présente demande d'adhésion, des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation (y compris) du modèle de lettre de renonciation et en accepter les dispositions.
Je reconnais que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon adhésion et feront l'objet de traitements informatiques par les différents intervenants. Conformément à la loi du 06/01/1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification de toutes les informations figurant sur ces fichiers et me concernant. Il me suffit, pour cela, de m'adresser par courrier à la Mutuelle de France Alpes du Sud, 16 Avenue des Arcades - 04200 SISTERON.

FAIT A _____ LE _____ FAIT A _____ LE _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT (Précédée de la mention « *Lu et Approuvé* ") POUR LA MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD

Fait en 3 exemplaires