



# Bulletin d'adhésion garantie santé « ASSURANCE ET SOLIDARITÉ »



ADHÉSION  AVENANT Date d'effet\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## RENSEIGNEMENT VOUS CONCERNANT

**Adhérent(e)** Civilité :  Madame  Monsieur  
 Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 N° SS : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_ Si avenant, n° d'adhérent : \_\_\_\_\_  
 Régime obligatoire :  Régime général  Régime Agricole  
 Régime Social des indépendants (Hors déduction Loi Madelin)  
 Régime spécial : \_\_\_\_\_  
 Refus de télétransmission   
 Profession : \_\_\_\_\_  Retraité

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  PACS  
 Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  
 Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 E.mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR SUR LE COMPTE DE L'ADHÉRENT

**Conjoint(e)** Civilité :  Madame  Monsieur  
 Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 N° Régime Obligatoire : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_  Refus télétransmission  
 Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_

### Enfant(s) (Remplir un 2<sup>ème</sup> bulletin si plus de 3 enfants)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 N° Régime Obligatoire : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_  Refus télétransmission  
 Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 N° Régime Obligatoire : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_  Refus télétransmission  
 Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 N° Régime Obligatoire : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_\_  Refus télétransmission  
 Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

\* Mon adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion signé, si celle-ci est postérieure au 15 minuit, le 1<sup>er</sup> jour du mois en cours si la date de réception du bulletin d'adhésion signé est antérieure au 15 minuit, ou à la date mentionnée au bulletin d'adhésion\* s'il est souhaité une date postérieure.

## GARANTIES ET COTISATIONS

### Garantie choisie :

Garantie SÉCURITÉ  Garantie TRANQUILLITÉ  Garantie SÉRÉNITÉ

### Cotisation mensuelle :

Tarif de l'année en cours.

Date de prélèvement : Le 5  Le 10  Le 15

## DOCUMENTS À JOINDRE AU BULLETIN D'ADHÉSION

- Les photocopies de vos attestations Carte Vitale ou attestations d'affiliation à un Régime Obligatoire ou carte de Sécurité sociale «Étudiant».
- La photocopie de votre pièce d'identité.
- Les justificatifs de situation pour les enfants de plus de 16 ans immatriculés à titre personnel et les autres ayants droit.
- Le RIB du compte sur lequel doivent être prélevées les cotisations accompagné du Mandat de prélèvement SEPA dûment complété,
- Le RIB du compte sur lequel doivent être versées les prestations s'il est différent.

Par le présent document et en tant qu'adhérent à l'adhésion à l'Association Assurance et Solidarité, dont le siège social est sis 19, avenue Georges Clémenceau, BP 90019 - 59831 LAMBERSART je demande à bénéficier des garanties du contrat collectif à adhésion facultative souscrites auprès d'Apréva mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le N°775 627 391, dont le siège social est situé 20 bd Papin - BP 1173 - 59012 LILLE CEDEX ; distribuées par ID Neuves Assurances - Société par Actions Simplifiées au capital de 200 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LILLE METROPOLE sous le numéro 817 439 755, immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'ORIAS sous le numéro 16000591.

En souscrivant la présente garantie, je deviens membre participant d'Apréva mutuelle. Je certifie avoir reçu les Statuts de la Mutuelle ainsi que la notice d'information de ma garantie santé Assurance et Solidarité (garantie s'inscrivant dans le dispositif des contrats « responsables » conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) et des statuts dont j'ai pris connaissance préalablement à mon adhésion. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion. Sauf refus mentionné sur le présent bulletin, j'autorise la télétransmission des décomptes de prestations entre mon régime d'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle. Je déclare avoir pris connaissance de la cotisation mentionnée ci-dessus. La cotisation globale TTC pour l'année en cours par mois est indiquée sous réserve du maintien des taux et taxes en vigueur pour la période de garantie concernée.

Les informations contenues dans ce document sont indispensables au traitement de votre dossier et sont exclusivement communiquées aux destinataires le traitant.

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre l'adhérent et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage au domicile de l'adhérent, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer 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. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence de la garantie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées ».

Les informations contenues dans ce document sont indispensables au traitement de votre dossier et sont exclusivement communiquées aux destinataires le traitant. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer à tout moment auprès du service « Gestion des Données » par le moyen de votre choix : par courrier postal à : Apréva mutuelle - Gestion des Données - 2 rue de l'Origan - 62036 ARRAS CEDEX ou par courrier électronique à : mesdonnees@apreva.fr

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande d'adhésion et certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites. »

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'adhérent  
(faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Devis n°

## RÉSERVÉ À VOTRE CONSEILLER

Code intermédiaire : \_\_\_\_\_

Nom du Cabinet : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

RCS : \_\_\_\_\_

ORIAS n° \_\_\_\_\_

### Conseiller

Salarié

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Mandataire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

ORIAS n° \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_



# MANDAT de Prélèvement SEPA

A remplir et à retourner à Apréva mutuelle

Référence Unique du Mandat (zone réservée à Apréva mutuelle)

\_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Apréva mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Apréva 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,
- au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Apréva mutuelle vous informera de vos prélèvements au minimum 3 jours avant l'échéance.

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° adhérent : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garantie souscrite : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

## IDENTITÉ DU TIERS DÉBITEUR SI DIFFÉRENT DU TITULAIRE DU CONTRAT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

### Type de paiement : récurrent

Coordonnées du compte bancaire débiteur

\_\_\_\_\_

IBAN (International Bank Account Number)

\_\_\_\_\_

BIC (Bank Identifier Code)

Coordonnées du créancier

Apréva mutuelle  
Rue des Canoniers - BP 70299  
59306 VALENCIENNES CEDEX

Identifiant créancier SEPA

FR29ZZZ004338

Date de prélèvement :  le 5 du mois  le 10 du mois  le 15 du mois

## N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature (obligatoire)

Le : \_\_\_\_\_

Les informations contenues dans ce document sont indispensables au traitement de votre dossier et sont exclusivement communiquées aux destinataires le traitant. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer à tout moment auprès du service 'Gestion des Données' par le moyen de votre choix : par courrier postal à : Apréva mutuelle - Gestion des Données - 2 rue de l'Origan - 62036 ARRAS CEDEX ou par courrier électronique à : mesdonnees@apreva.fr



Siège social : 20 boulevard Denis Papin - BP 1173 - 59012 LILLE CEDEX - Tél. 3111 (Service et appel gratuits)  
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 775 627 391



AP/DD/COM/0053/B