

Bulletin d'adhésion

Contrat collectif à adhésion facultative : 0437201ME1
CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé
CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Date d'effet au : 01 / / 20

EX. CLIENT (à conserver)

Cabinet : ID NEUVES ASSURANCES – C184
RCS : 817 439 755
ORIAS : 16 000 591
Nom du conseiller :
Agissant en tant que : salarié mandataire
Adresse : 517 avenue de la République
59700 MARCQ EN BAROEUL
Tél : 03 20 55 97 01

ADHÉRENT

M^{me} M. 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 : Travailleur non salarié (TNS) Général (SS) Alsace Moselle Autre

Option :

Sécurité Tranquillité Sérénité Essentiel NR

Periodicité du prélèvement (cochez selon votre choix) :

mensuel trimestriel semestriel annuel

Prélèvement automatique le 10 du mois.

Cotisation* :

Adhérent : €/ mois

Conjoint : €/ mois

1^{er} enfant : €/ mois

2^e enfant : €/ mois

3^e enfant et + : gratuit

Total : €/ mois

Cotisation LIBR'ENTREPRISE (TNS)** 12 €/ an

Cotisation à l'association ** 12 €/ an

*Cotisation pouvant être modifiée au 1^{er} janvier de chaque année

**Cotisation annuelle prélevée au 1^{er} 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, ...)

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :	TNS	AUTRES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. J'em engage à respecter un sociétariat minimum d'un an. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.
Les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat complémentaire santé font l'objet d'un traitement conforme aux obligations applicables en la matière notamment prévue par le Règlement européen protection des données personnelles du 27 avril 2016. Par la signature du présent bulletin, vous consentez au traitement des données personnelles dans les conditions ci-avant précisées, consentement au traitement de ces données que vous pouvez retirer à tout moment. Vos données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle chargés de la gestion et l'exécution des contrats et par nos éventuels partenaires. Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion de votre contrat frais de santé, finalité de notre traitement, ou pour satisfaire à nos obligations légales (délai de prescription).
Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la limitation et la portabilité de vos données ou encore vous opposer à leur traitement en vous adressant à notre Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 Beauvais Cedex ou courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, vous pouvez également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés.
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 dépend.
En outre, conformément au décret n 2015-556, je dispose aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.
Pour les TNS l'adhésion à l'association LIBR'ENTREPRISE 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 dépend. Le montant des cotisations est donné à titre indicatif, sous réserve de validation par CCMO Mutuelle lors de l'enregistrement de l'adhésion.
 J'accepte de recevoir des offres commerciales de CCMO Mutuelle.

Signature précédée de mention « lu et approuvé » :

À _____, le :

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

Mandat de prélèvement SEPA

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

Identifiant Créancier SEPA

FR42ZZZ394529

Paiement récurrent / répétitif

paiement ponctuel / unique

Titulaire du compte

Nom du payeur :

Compte à débiter

Adresse :

BIC

Code postal :

IBAN

Ville : Pays :

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 :

Bulletin d'adhésion

Contrat collectif à adhésion facultative : 0437201ME1
CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé
CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Date d'effet au : 01 / / 20

EX. COURTIER (à renvoyer)

Cabinet : ID NEUVES ASSURANCES – C184
RCS : 817 439 755
ORIAS : 16 000 591
Nom du conseiller :
Agissant en tant que : salarié mandataire
Adresse : 517 avenue de la République
59700 MARCQ EN BAROEUL
Tél : 03 20 55 97 01

ADHÉRENT

M^{me} M. 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 : Travailleur non salarié (TNS) Général (SS) Alsace Moselle Autre

Option :

Sécurité Tranquillité Sérénité Essentiel NR

Periodicité du prélèvement (cochez selon votre choix) :

mensuel trimestriel semestriel annuel

Prélèvement automatique le 10 du mois.

Cotisation* :

Adhèrent : €/ mois

Conjoint : €/ mois

1^{er} enfant : €/ mois

2^e enfant : €/ mois

3^e enfant et + : gratuit

Total : €/ mois

Cotisation LIBR'ENTREPRISE (TNS)** 12 €/ an

Cotisation à l'association ** 12 €/ an

*Cotisation pouvant être modifiée au 1^{er} janvier de chaque année

**Cotisation annuelle prélevée au 1^{er} 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, ...)

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TNS	AUTRES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. J'em engage à respecter un sociétariat minimum d'un an. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.

Les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat complémentaire santé font l'objet d'un traitement conforme aux obligations applicables en la matière notamment prévue par le Règlement européen protection des données personnelles du 27 avril 2016. Par la signature du présent bulletin, vous consentez au traitement des données personnelles dans les conditions ci-avant précisées, consentement au traitement de ces données que vous pouvez retirer à tout moment. Vos données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle chargés de la gestion et l'exécution des contrats et par nos éventuels partenaires. Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion de votre contrat frais de santé, finalité de notre traitement, ou pour satisfaire à nos obligations légales (délai de prescription).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la limitation et la portabilité de vos données ou encore vous opposer à leur traitement en vous adressant à notre Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 Beauvais Cedex ou courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, vous pouvez également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés.

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 dépend.

En outre, conformément au décret n 2015-556, je dispose aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.

Pour les TNS l'adhésion à l'association LIBR'ENTREPRISE 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 dépend. Le montant des cotisations est donné à titre indicatif, sous réserve de validation par CCMO Mutuelle lors de l'enregistrement de l'adhésion.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de CCMO Mutuelle.

Signature précédée de mention « lu et approuvé » :

À _____, le :

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

Mandat de prélèvement SEPA

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

Identifiant Créancier SEPA

FR42ZZZ394529

Paiement récurrent / répétitif

paiement ponctuel / unique

Titulaire du compte

Nom du payeur :

Adresse :

Code postal :

Ville : Pays :

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 :