

* Champs obligatoires

Votre adhésion

Date d'adhésion * : . . / . . /



Nouvelle adhésion *

Modification d'un contrat existant, n° adhérent * :

Vous, adhérent principal

Madame *

Monsieur *

Nom * : Prénom * :

Nom de jeune fille : Situation de famille * :

Date de Naissance * : . . / . . / N° Sécurité Sociale * : Clé * : ..

Adresse * :

Code postal * : Ville * :

Tél. * : E-mail * :

Vos bénéficiaires

	Nom	Prénom	Date de naissance	Activation de la télétransmission	N° Sécurité Sociale
Conjoint			/ /	oui non	
Enfant			/ /	oui non	
Enfant			/ /	oui non	
Enfant			/ /	oui non	
Enfant			/ /	oui non	
Enfant			/ /	oui non	

Mode de prélèvement :

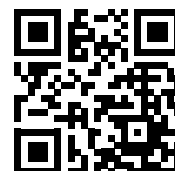
Mensuel *

Trimestriel *

Garantie choisie *

Pièces à fournir :

- Relevé d'identité bancaire
- Copie de l'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale, pour tous les bénéficiaires du contrat
- Un certificat de situation pour vos enfants de plus de 18 ans (certificat de scolarité, attestation pôle emploi ou justificatif pour enfant invalide)
- Photocopie d'une pièce d'identité (recto/verso) de l'adhérent



Prise d'effet du contrat et droit de renonciation

* Je prends note que mon adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date d'admission à la complémentaire santé figurant sur mon certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée :

- au premier jour du mois suivant la notification au siège de la MCCI
- l'adhésion est renouvelée par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année

La résiliation de la garantie ou la modification de contrat existant ne pourra intervenir qu'à compter du 13ème mois d'affiliation et prendra effet un mois après sa réception au siège social de la MCCI.

* J'ai noté également que la loi informatique et libertés du 06/01/1978 m'autorise à demander communication ou rectification de toute information me concernant.

* Je reconnais :

- avoir pris connaissance de la notice d'information comportant les dispositions des conditions générales du contrat d'assurance et avoir pris connaissance du Document d'information sur le Produit d'assurance (DIPa)
- avoir été informé(e) que je disposais d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

Le présent bulletin d'adhésion, la notice d'information et le certificat d'adhésion constituent votre adhésion. Le certificat d'adhésion vous sera adressé dès enregistrement.

Ratio Prestations sur Cotisations HT : 109,1 %

Ratio Frais de Gestion sur Cotisation HT : 18,9 %*

(*) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

* Fait à : * Le : .. / .. / ..

* Signature :



Mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité - enregistrée sous le n° SIREN : 784 718 355

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area)

En signant ce formulaire mandat, **vous autorisez LA MUTUELLE DES CHAMBRES DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE** à envoyer des instructions à votre banque pour **débiter votre compte**, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **MCCI**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Débiteur : (Vous)

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

IBAN :

BIC :

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Créancier :

Nom : Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie

Adresse : 26 rue Fortuny

Code postal : 75017 Ville : Paris

Pays : France

Identifiant créancier SEPA : **FR7 9ZZZ396870**

Fait à : Le : .. / .. / ..

Signature :

Merci de joindre votre IBAN (RIB)

