Association de Prévoyance MECAPREV

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

Bulletin Individuel d'adhésion

Mutuelle Opale
Votre santé est précieuse

Mutuelle soumise au livre II du code de la mutualité – N° RNM 783 973 266

VOS DONNEES PERSONNELLES *(cochez les cases correspondantes)*

NOM _____ PRENOM _____

NE(E) LE ____/____/_____ N° SECURITE SOCIALE : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐

VOTRE REGIME OBLIGATOIRE : ☐ CPAM ☐ Autre *(précisez)* : _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL ☐☐☐☐☐ VILLE _____

TEL : 0☐.☐☐.☐☐.☐☐.☐☐ E-MAIL : _____

AUTRES PERSONNES A PROTEGER (complétez si besoin le tableau)

CONJOINT - ENFANTS bénéficiant du Code de la famille				
NOM	Sexe M / F	Prénom	Né(e) le	N° Sécurité Sociale ou autre régime
Conjoint			___/___/_____	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐
Enfant(s)			___/___/_____	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐
			___/___/_____	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐
			___/___/_____	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐
			___/___/_____	☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ / ☐☐

VOTRE CHOIX DE FORMULE (cochez la case correspondante)

☐ BRONZE ☐ ARGENT ☐ OR

MODALITES DU VERSEMENT DE LA COTISATION (cochez la case correspondante)

Je désire payer ma cotisation : ☐ par mois ☐ par trimestre ☐ par semestre ☐ par an (le ○ 6 ou le ○ 15 du mois).

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Un RIB / RIP (Relevé d'Identité Bancaire ou Postal)
- Une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale, pour vous et pour chaque bénéficiaire du contrat (le cas échéant)
- 1ère mensualité par chèque à l'ordre de Mutuelle OPALE.

Montant Mensuel (inclus cotisation statutaire + 2 € association MecaPrev) :

DATE D'ADHESION DEMANDEE

Date d'effet du contrat : 01/ ☐☐/20☐☐

Fait à _____, le _____/_____/_____

Signature :

Après avoir pris connaissance des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur, je déclare adhérer ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées, auprès de l'association MecaPrev et de la Mutuelle Opale. Dans le cas d'une vente à domicile, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date de signature du contrat. Un délai de 16 jours supplémentaires vous est accordé dans le cas d'une vente par correspondance. Une vente en agence ne fait pas l'objet d'un délai de rétractation.
Les informations recueillies sont destinées à un usage interne à notre Mutuelle et ne pourront être communiquées qu'aux tiers mentionnés sur les déclarations faites à la Commission Nationale Informatique et Liberté et notamment aux C.P.A.M. et aux banques. Vous pourrez à tout moment vous opposer par écrit à ces transmissions, et pour en exercer votre droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues au chapitre V de la loi du 6 Janvier 1978 « Informatique et Liberté ». Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
0 0 7 9 4 4

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
MUTUELLE OPALE
B.P. 168
62103 CALAIS CEDEX

Compte à débiter :

Etablissemt	Guichet	N° du compte	Clé RIB

Date : Signature :

NOM & ADRESSE DE L'ETABLISSEMT TENEUR DU CTE A DEBITER