

BULLETIN D'AFFILIATION

À RENOYER À :
**MUTUELLE MCMS
BP 173
76195 YVETOT CEDEX**

Code :
 Adhésion Modification N° d'adhérent :
 Contrat Loi Madelin (1)

NOM : **PRÉNOM :**
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. dom : Tél. port. : N° de Sécurité sociale :
E-mail :

- J'accepte de recevoir d'autres offres de l'Association ACTIONM
- Je suis averti par mail à chaque remboursement sur mon compte bancaire (A défaut d'e-mail par SMS)

Je demande mon adhésion et celle des membres de ma famille nommés ci-dessous à partir du Cotisation mensuelle €
Tarification valable jusqu'au 31 décembre 2016 (2)
Hors frais d'adhésion à l'Association ACTIONM (10€/an)

L'affiliation au présent contrat entraîne mon adhésion et celle des membres de ma famille désignés ci-dessous à l'Association ACTIONM souscriptrice du contrat.

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Garantie choisie
..... /
..... /
..... /
..... /
..... /

Les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ou de modification de votre garantie, ne sont pas pris en charge par Pavillon Prévoyance. Je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires en cas de vente à distance et de 7 jours francs en cas de démarchage à domicile.
SOLIDARITÉ D'AQUITAINE - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, Siren n° 781 848 221, substituée par :
PAVILLON PRÉVOYANCE 90 avenue Thiers CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex

Je reconnais avoir reçu du souscripteur un exemplaire des statuts et de la notice d'information du contrat.

À le / /
Signature de l'adhérent (Précédée de la mention «lu et approuvé»)

Pièces à joindre avec votre bulletin d'affiliation : • Photocopie de l'attestation papier jointe à votre carte Vitale pour vous et les membres de votre famille. • Certificat de radiation de l'organisme d'assurance maladie complémentaire précédent le cas échéant. • Mandat de prélèvement SEPA complété, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal. • Justificatif de domicile. • Attestation de scolarité pour les enfants de 16 à 28 ans ou avis d'imposition s'ils sont fiscalement à charge. • Attestation A.C.S. • Formulaire Devoir de conseil signé. • Attestation RSI à jour des cotisations.

Je demande le prélèvement automatique pour payer mes cotisations :
 Par mois Par trimestre Par semestre À l'année
À la date du : 5 10 15

MANDAT de Prélèvement SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PAVILLON PRÉVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PAVILLON PRÉVOYANCE. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque*

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : Prénom :

N° et rue :

Code postal : Ville :

N° I.C.S.

FR23ZZZ487215

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

R.I.B.	Code établissement	Code guichet	N° du compte	Clé RIB
.....

I.B.A.N. :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Pavillon Prévoyance
90 avenue Thiers CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex

À le / /

Signature obligatoire :

* Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

(1) Contrat La Madelin (ou la mention «Contrat La Madelin») est conclu, à l'initiative de l'Association La Mutualité de l'Aquitaine, sous le régime des modifications législatives ou réglementaires. Les cotisations à verser sont remboursées par l'Association La Mutualité de l'Aquitaine sur la base de données collectées à la date de votre adhésion. Elles sont destinées à financer le contrat d'assurance maladie complémentaire. (2) Les cotisations à verser sont remboursées par l'Association La Mutualité de l'Aquitaine sur la base de données collectées à la date de votre adhésion. Elles sont destinées à financer le contrat d'assurance maladie complémentaire. (3) Les cotisations à verser sont remboursées par l'Association La Mutualité de l'Aquitaine sur la base de données collectées à la date de votre adhésion. Elles sont destinées à financer le contrat d'assurance maladie complémentaire.