



Ma Commune Ma Santé

Contrat collectif facultatif « Frais de santé » souscrit par ACTIONM

Action de Mutualisation en vue de l'amélioration du pouvoir d'achat
Siège social : 8 avenue Roger Lapébie - ZI Chanteloiseau, 33140 Villenave-d'Omon
www.macommunemasante.org - contact@macommunemasante.com Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.



BULLETIN D'AFFILIATION

Code :

Adhésion Modification N° d'adhérent :

Contrat Loi Madelin : L'adhérent souhaite, en tant que membre d'une profession indépendante, bénéficiaire de la Loi Madelin et adhère de ce fait à l'ANPPI (Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes)
Siège social : 125, avenue de Paris- 92327 CHATILLON Cedex oui non

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 : €

Tarifification valable jusqu'au 31 décembre 2016 (1) Hors frais d'adhésion à l'Association ACTIONM (0,83€/mois)

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.

Table with 5 columns: Nom, Prénom, Date de naissance, Sexe, Garantie choisie. Contains multiple rows of blank fields for family members.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de la grille de prestations et/ou des tarifs, ainsi que de la Notice d'information correspondant aux garanties souscrites. L'adhérent certifie sincères et véritables les indications portées sur le bulletin d'adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraînera la nullité de son adhésion. L'adhérent autorise la Mutuelle SMATIS FRANCE à traiter ses décomptes de prestations, ainsi que ceux de ses ayants droit, par télétransmission avec leur Régime Obligatoire : oui non

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»)

Documents à joindre obligatoirement : une photocopie de votre attestation carte vitale ainsi que pour chacune des personnes bénéficiaires du contrat collectif "frais de santé" et votre relevé d'identité bancaire ou postal accompagné du mandat de prélèvement SEPA.

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

Vertical text on the right edge: (1) Sous réserve de modifications législatives ou réglementaires. Les informations recueillies ont l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre contrat dont le responsable est SMATIS FRANCE. Les destinataires des données sont les services habilités de SMATIS FRANCE. Les sous-traitants contractuellement liés aux que les lieux autorisés. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit par écrit auprès de SMATIS FRANCE à l'adresse postale : 6 rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême Cedex 9 ou en vous adressant par mail au correspondant informatique et libertés de SMATIS FRANCE à l'adresse ci@smatis.fr

MANDAT de Prélèvement SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SMATIS FRANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SMATIS FRANCE. 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*

N° I.C.S.
FR I I ZZZ I 84403

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : Prénom :
N° et rue :
Code postal : Ville :

SMATIS FRANCE
6 rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême Cedex 9

À le / /
Signature obligatoire :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Table with 4 columns: R.I.B., Code établissement, Code guichet, N° du compte, Clé RIB. Includes I.B.A.N. field below.

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.)

Édition 2015 - BA MCMS

Les garanties objet du présent contrat collectif "Frais de santé" à adhésion facultative sont distribuées et souscrites par l'intermédiaire de la société SOFRACO - SARL au capital de 60.000 euros - RCS Bordeaux N° 451 949 788 et N° ORIAS 07003303 - siège social : 8 Avenue Roger Lapébie - ZI Chanteloiseau - 33140 VILLENAVE D'ORNON agissant en co-courtage avec la société SOGEAS - SARL au capital de 24.000 euros - RCS Rouen N° 481 721 769 et N° ORIAS 07004777 - siège social : 7, rue des Cerisiers - 76790 STE MARIE DES CHAMPS. Elles sont souscrites auprès de SMATIS FRANCE - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité - Insrite au Répertoire Siren sous le N° SIREN 781166293 - siège social : 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 Angoulême Cedex 9. Elles sont assurées par SMATIS FRANCE et sont co-gérées par SMATIS FRANCE et par la société SOGEAS dans les conditions définies au contrat collectif précité.