



Mutuelle  
PréviFrance

Bulletin individuel d'affiliation  
PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Mutuelle PréviFrance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.  
SIREN 778 950 689 - Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE Cedex 6

☐ Cadre

☒ Non Cadre

Date d'affiliation : 01/02/2024

À compléter par l'entreprise

Entreprise N° : ..... Contrat N° :

Raison sociale : WILLOW

Groupe d'assurés :

Nom commercial : WILLOW

Adresse : 311 rue d'Orlande

Code postal : 46130

Ville : BRETENOUX

N° SIRET : 98433950700019

Code NAF : .....

Date d'entrée du salarié : 18/02/2024

Date d'adhésion du salarié : \_/ \_/ \_

Le salarié

Civilité : M

Nom : FRANKFORT

Prénom : Christopher

Nom de naissance : Frankfort

Né(e) le : 24/07/1993

N° de sécurité sociale : 193 07 19 031 169 04

Adresse : 51 av de la République, porte 2

Code postal : 46130

Ville : BIAS S&CERE

Tél. : .....

Mobile : 06.56.77.76.29

Email : christo9398@gmail.com

Justificatif d'identité :

☒ Carte Nationale d'Identité

☐ Passeport

N° : R0819250789

Valable jusqu'au 27/08/2033

Situation de famille :

☒ Célibataire

☐ Concubin(e)

☐ Marié(e)

☐ Pacsé(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

■ Composition familiale (Conjoint + enfants)

| NOM | PRENOM | NE(E) LE | ADRESSE (si différente du salarié) |
|-----|--------|----------|------------------------------------|
|     |        |          |                                    |
|     |        |          |                                    |
|     |        |          |                                    |
|     |        |          |                                    |
|     |        |          |                                    |

Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion, les statuts et notice d'information de la Mutuelle et en accepter les dispositions. Je certifie exacts les renseignements donnés et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Fait à : ..... Le : \_/ \_/ \_

Cachet de l'entreprise

Pac de la po

Signature du salarié

Document à renvoyer à la Mutuelle PréviFrance Prévoyance - Gestion des contrats : 80, rue Matabiau BP 71269 - 31012 TOULOUSE Cedex 6  
1 copie à conserver par l'entreprise - 1 copie à remettre au salarié

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78 17 du 06/01/1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/2004, l'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle PréviFrance, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés, par demande écrite à Mutuelle PréviFrance - 80, rue Matabiau BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement complétées et signées par la personne à assurer ou écrites de sa main.  
Elles sont couvertes par le secret professionnel.

Ce questionnaire doit être transmis par la personne à assurer elle-même, accompagné des pièces justificatives nécessaires, sous pli confidentiel fermé, adressé à Mutuelle PréviFrance Cellule Médicale Prévoyance 80 rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 6.

### Identification de la personne à assurer

Nom : FRANCFORT  
Date de naissance : 21/07/1993  
Profession : Cuisinier  
Entreprise : WILLOW

Prénom : Christopher Kevin  
N° sécurité sociale : 193 07 19 031 169 04

### TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RENVOYÉ

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser dans la colonne de droite en cas de réponse «Oui». (Utiliser si nécessaire une feuille annexe)

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                     | Merçi d'indiquer votre taille / poids :                                                                                                                                                                                                                          | Taille : <u>1,70</u> cm                                              | Poids : <u>65</u> kg                                                               |
| 2                                                                     | Fumez-vous (cigarettes, cigares, pipe) ?                                                                                                                                                                                                                         | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Quantités journalières : <u>1 pgt</u><br>Depuis quelle date : <u>depuis 16 ans</u> |
| 3                                                                     | Consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif) ?                                                                                                                                                                                 | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Quantités journalières :                                                           |
| 4                                                                     | Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 3 semaines sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?                                                                   | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Lequel :<br>Pour quelle affection :<br>Depuis quelle date :                        |
| <small>Si toujours en cours, joindre la copie de l'ordonnance</small> |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |
| 5                                                                     | Dans les 6 prochains mois, devez-vous :                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                    |
|                                                                       | - subir des tests de diagnostic ou examens de suivi ?                                                                                                                                                                                                            | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | À quelle date :<br>Lesquels :                                                      |
|                                                                       | - être hospitalisé ?                                                                                                                                                                                                                                             | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Pour quelles raisons :<br>À quelle date :<br>Motif :                               |
|                                                                       | - subir une intervention chirurgicale ?                                                                                                                                                                                                                          | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | À quelle date :<br>Motif :                                                         |
| 6                                                                     | Etes-vous actuellement en arrêt de travail partiel ou total ?                                                                                                                                                                                                    | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Date de début :<br>Motif :<br>Date de reprise prévisible :                         |
| <small>Joindre la copie de l'arrêt de travail</small>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |
| 7                                                                     | Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines ?                                                                                                                                                               | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Date de chaque arrêt, durée et motif :                                             |
| 8                                                                     | Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ou bien une demande est-elle en cours ?                                                                                                                   | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Date :<br>Motif :<br>Taux :                                                        |
| <small>Joindre la copie de la notification</small>                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |
| 9                                                                     | Avez-vous subi un test de dépistage dont le résultat a été positif :                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                    |
|                                                                       | - Pour les virus des hépatites B et C ?                                                                                                                                                                                                                          | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                    |
|                                                                       | - Pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?                                                                                                                                                                                                            | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                    |
| 10                                                                    | Au cours des 10 dernières années :                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                                                    |
|                                                                       | - Avez-vous été opéré(e) y compris en ambulatoire ?                                                                                                                                                                                                              | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                    |
|                                                                       | - Avez-vous séjourné plus de 24 heures dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, cure thermale) / (hors maternité) ?                                                                                                                | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                    |
|                                                                       | - Avez-vous fait l'objet d'une surveillance médicale ?                                                                                                                                                                                                           | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                    |
|                                                                       | - Avez-vous été pris(e) en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?                                                                                                                                                             | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                    |
| <small>Joindre les comptes-rendus</small>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |
| 11                                                                    | Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué les examens suivants ayant révélé une anomalie : scanner, doppler, échographie exceptée dans le cadre d'une grossesse, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radiographies, autres examens spéciaux ? | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Date des examens et résultats :                                                    |
| <small>Joindre les comptes-rendus</small>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                    |

cours des 10 dernières années ou actuellement, avez-vous été atteint ou êtes vous atteint d'une affection ou d'une des maladies suivantes ?

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| a) <b>Respiratoire</b> : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| b) <b>Cardio-vasculaire</b> : d'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?                                                                                                     | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| c) <b>Ophthalmologique / ORL</b> : d'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?                                                                                                                                     | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| d) <b>Dermatologique</b> : d'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| e) <b>Articulaire</b> : d'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'un syndrome douloureux chronique, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?                               | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| f) <b>Digestif</b> : de la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-oesophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?                                                                | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| g) <b>Neuro-musculaire</b> : d'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ? | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| h) <b>Cancer</b> : d'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| i) <b>Endocrino-métabolique</b> : de la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?                                                                                                                                                          | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| j) <b>Urino-rénal</b> : des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| k) <b>Génital</b> : d'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| l) <b>Neuro psychiques</b> : de dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de fatigue, de névrose, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?                                                               | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| m) <b>Autres Maladies</b> : d'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |
| n) <b>Autres maladies non citées ci-dessus</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="radio"/> Oui | Non | Si oui, préciser :<br>Le diagnostic :<br>La date de diagnostic :<br>Le traitement : |

Je soussigné(e) M. François Christopher certifie que les déclarations ci-dessus, devant servir de base à l'assurance sont exactes, complètes et sincères reconnais avoir été informé(e) que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte pourra entraîner la nullité de mon adhésion en application des articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité.

Je suis informé(e) que les réponses à ce questionnaire sont obligatoires pour permettre l'appréciation du risque susceptible d'être pris en charge par la Mutuelle ; j'accepte qu'elles soient communiquées aux personnes dûment habilitées à les traiter et au Médecin Conseil.

Je suis informé(e) que la Cellule Médicale ou le Médecin Conseil pourront me demander des pièces ou examens médicaux complémentaires qui devront être transmis sous pli confidentiel.

J'ai noté que la durée de validité de ce document est fixée à 90 jours à compter de sa signature. Si la Mutuelle ne l'a pas reçu dans ce délai, un nouveau questionnaire devra être complété.

Si un arrêt de travail survient entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'effet prévue dans le certificat d'adhésion, je m'engage à en informer immédiatement la Mutuelle.

Fait à  
Le

Signature obligatoire





### Adhérent

Entreprise : WILLOW

Civilité : .....

Nom de naissance : christophe

Adresse : 51 av de la République, porte 1

Code Postal : 46130

Tél : 06 56 11 16 39

Nom : Frankfort

Ville : Biais 34 Gise

Email : christo.9393

Contrat n° : .....

Prénom : christophe

Né(e) le : 24/01/1993

@gmail.com

Vous êtes assuré(e) par l'intermédiaire d'une entreprise ayant souscrit auprès de notre Mutuelle, un contrat collectif de prévoyance garantissant un capital en cas de décès.

Ce document vous permet de désigner le ou les bénéficiaire(s) de ce capital. Il doit être utilisé uniquement si la clause bénéficiaire type rappelée ci-dessous ne vous convient pas.

Cochez une seule case

#### CLAUSE BENEFICIAIRE TYPE

Le(s) bénéficiaire(s) du capital garanti est (sont) :

- au conjoint non séparé judiciairement ou à la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ou le concubin ayant cette qualité au moment du décès,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, par parts égales entre eux au père et à la mère du membre participant ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, par parts égales entre eux aux autres ascendants du membre participant,
- à défaut, aux héritiers du membre participant.

☐ Je choisis la clause bénéficiaire type indiquée ci-dessus.

#### CLAUSE BENEFICIAIRE PARTICULIERE

Merci de lire les conseils figurant au dos avant de rédiger votre clause.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que dans le cas d'une désignation particulière, cette désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire nommément désigné.

☐ J'ai pris acte de la clause bénéficiaire type rappelée ci-dessus et je souhaite désigner expressément

| Nom et prénom | Date et lieu de naissance | Adresse | Répartition du capital en % |
|---------------|---------------------------|---------|-----------------------------|
|               |                           |         |                             |
|               |                           |         |                             |
|               |                           |         |                             |
|               |                           |         |                             |
|               |                           |         |                             |
|               |                           |         |                             |

à défaut les héritiers de l'adhérent

☐ J'ai pris acte de la clause de désignation type rappelée ci-dessus et déclare déposer une clause bénéficiaire par acte notarié auprès de l'étude notariale suivante : ..... à défaut les héritiers de l'adhérent.

La présente déclaration annule et remplace toute désignation précédente.

Pour être valablement enregistré, ce document doit être daté, signé et établi lisiblement sans rature, ni surcharge. En cas d'irrecevabilité, une nouvelle désignation vous sera demandée par courrier ; dans l'attente d'une désignation valable, la clause bénéficiaire type est applicable.

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé



**Mutuelle  
PréviFrance**

## Bulletin individuel d'affiliation - Salarié COMPLEMENTAIRE SANTE SPECIFIQUE

Mutuelle PréviFrance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.  
SIREN 778 950 889 - Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71289 - 31012 TOULOUSE Cedex 6

Réserve à PREVIFRANCE

Nom Clal : DEHAINES.

N° de contrat collectif : .....

N° Clal : 2114

Groupe d'assurés : ..... CCN :

Base obligatoire : .....

**Adhésion du salarié à la garantie obligatoire Entreprise** \* Complétez les informations ci-dessous ou votre n° de contrat si disponible

☒ **Entreprise**

N° de contrat :

Groupe d'assurés :

ou

Raison sociale : WILLOW

N° SIRET : 98433950700019

Groupe d'assurés : autre Ensemble du personnel autre Cadres

autre Non cadres

autre Autres :

autre Adhésion

Date d'adhésion du salarié : 01/09/2024

Cachet de l'entreprise

Contrat n°

☐ Changement de renfort optionnel : Date d'effet :

☐ Ajout d'ayant(s) droit : Date d'effet :

**Adhérent**

☐ Mme ☒ M. Nom : FRANCFORT

Prénom : Christophe -

Nom de naissance :

Justificatif d'identité : ☒ Carte Nationale d'Identité ☐ Passeport

Réf N° : 180819250489

Valable jusqu'au 27/08/2023

Situation de famille : ☒ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse : 51 av de la République

Code Postal : 66130 Ville : Biers & Cère

Tél. : Mobile : 06, 56, 77, 76, 39

Email : chriso9398@gmail.com

J'accepte de recevoir par e-mail des informations sur les services et offres promotionnelles de la Mutuelle PréviFrance et de ses entités.

☒ Oui ☐ Non Je note que je pourrai me désabonner à tout moment.

### Bénéficiaires

| Statut <sup>1</sup> Nom                                      | Prénom                                                                                | Sexe | Date de naissance | Télétrans. <sup>2</sup>      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|------------------------------|
| A                                                            |                                                                                       |      |                   | <input type="checkbox"/> NON |
| N° de Sécurité Sociale                                       | Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits) |      |                   |                              |
| Statut <sup>1</sup> Nom                                      | Prénom                                                                                | Sexe | Date de naissance | Télétrans. <sup>2</sup>      |
|                                                              |                                                                                       |      |                   | <input type="checkbox"/> NON |
| N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur | Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits) |      |                   |                              |
| Statut <sup>1</sup> Nom                                      | Prénom                                                                                | Sexe | Date de naissance | Télétrans. <sup>2</sup>      |
|                                                              |                                                                                       |      |                   | <input type="checkbox"/> NON |
| N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur | Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits) |      |                   |                              |
| Statut <sup>1</sup> Nom                                      | Prénom                                                                                | Sexe | Date de naissance | Télétrans. <sup>2</sup>      |
|                                                              |                                                                                       |      |                   | <input type="checkbox"/> NON |
| N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur | Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits) |      |                   |                              |
| Statut <sup>1</sup> Nom                                      | Prénom                                                                                | Sexe | Date de naissance | Télétrans. <sup>2</sup>      |
|                                                              |                                                                                       |      |                   | <input type="checkbox"/> NON |
| N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur | Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits) |      |                   |                              |



<sup>1</sup> Statut : Adhérent (A), Conjoint (C) ou enfant (E). Enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.

<sup>2</sup> Télétransmission : J'autorise le transfert d'informations entre mon régime d'assurance maladie et la Mutuelle afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de votre régime d'assurance maladie et de votre autre mutuelle pour être remboursé.



**Socle obligatoire** (choisie par l'entreprise)

**Extension à un renfort optionnel** (en complément du socle - si le contrat le permet)

Niveau du renfort optionnel choisi ci-dessous s'applique au salarié et à ses ayants droits couverts par le socle obligatoire ; il doit être forcément supérieur à celui-ci. Si l'entreprise modifie le niveau du socle, les garanties du renfort optionnel seront automatiquement impactées afin de maintenir le niveau de couverture souhaité.

**Je choisis l'option facultative suivante** (indiquer le nom et/ou le code de l'option choisie) :

HQARE A

**Mode de paiement : Prélèvement bancaire mensuel (RIB obligatoire)** ☐ le 5 ☐ le 10 ☐ le 15 du mois

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et cotisations dues, avoir reçu, préalablement à l'adhésion, les statuts et notice d'information et/ou règlement mutualiste et en accepter les dispositions. J'autorise PréviFrance à prélever sur mon compte le montant des cotisations résultant de mon adhésion au régime optionnel facultatif et/ou à l'extension des garanties à mes ayants droit si celle-ci est facultative. Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur le compte bancaire désigné par le RIB.

Signature du salarié

Fait à : Le :

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition de votre part à des fins commerciales. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez adresser votre demande, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVI FRANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément à l'article L.121-34 du Code de la consommation. 08/2018.

- Pièces à fournir :**
- ☐ Ce bulletin individuel d'adhésion dûment complété, daté et signé
  - ☐ Un RIB (nécessaire au paiement des prestations et au prélèvement des cotisations éventuelles)
  - ☐ Le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous
  - ☐ Une copie en cours de validité de l'attestation des droits ouverts à l'assurance maladie de chaque bénéficiaire (attestation Carte Vitale) si informations non fournies sur ce Bulletin d'adhésion

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - ADHÉRENT SANTÉ

**CRÉANCIER** Mutuelle PréviFrance - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 6 - Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR36ZZZ144959

Pour effectuer vos règlements par prélèvement automatique, veuillez compléter et signer ce mandat puis le renvoyer à la Mutuelle PréviFrance accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle PréviFrance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle PréviFrance. 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.

## Débiteur

**Identité du payeur**

Nom : Prénom :

Né(e) le : N° sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

**Identité du souscripteur si différente de celle du payeur**

Nom : Prénom :

Né(e) le :

**Coordonnées du compte bancaire débiteur** (Ces données figurent sur votre Relevé d'Identité Bancaire)

IBAN (identifiant de votre compte) :

BIC (identifiant de votre banque) :

**Type de paiement : récurrent**

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat, vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat vous adresser à :

**Mutuelle PréviFrance**  
Gestion des mandats  
80, rue Matabiau - BP 71269  
31 012 TOULOUSE CEDEX 6

Fait à : Le :

Signature obligatoire

N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

Référence unique du mandat (RUM)

ED\_MEGA\_BA\_SANTE\_COUL\_SPE - 03/04/2024

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, des droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A Reboux....., le 12.06.2024

## ATTESTATION

Je soussigné, SAULE AURELIEN....., responsable  
de l'entreprise WILLOW....., certifie que :

- Nom : FRANCFORT..... Prénom : CHRISTOPHER.....

Est affilié(e) à un régime collectif obligatoire de frais de santé à compter du 01.04.2024  
Ce régime couvre **le salarié à titre obligatoire.**

Cette attestation est délivrée à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit.

Le responsable, Aurelien SAULE

Signature et cachet de l'entreprise.

Pas de tampon

