



**mutuelle
PréviFrance**

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

Mutuelle PréviFrance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
SIREN 776 950 859 - Siège social : 80, rue Voltaire - BP 71289 - 31012 TOULOUSE Cedex 9

Servé à PREVI-FRANCE
Com 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 :

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 : 01/04/2024

Contrat n° :

☐ Changement de renfort optionnel : Date d'effet :

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

Adhérent

☐ Mme ☒ M. Nom : FRANCFORT

Nom de naissance :

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

Réf N° : 180819250489

Prénom : Christopher

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 : BARS SÈRE

Tél. : Mobile : 06, 56, 77, 76, 39

Email : christo9398@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 ¹ Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
A				☐ NON
N° de Sécurité Sociale	Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
Statut ¹ Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
				☐ NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur	Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
Statut ¹ Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
				☐ NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur	Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
Statut ¹ Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
				☐ NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur	Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
Statut ¹ Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
				☐ NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur	Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			



¹ 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.

² 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.

Obligatoire (choisie par l'entreprise)

HCE-RE A

Option à un renfort optionnel

(en complément du socle - si le contrat est passé par le renfort optionnel choisi ci-dessous s'applique le socle et à ses avantages sociaux - si l'entreprise choisit l'option facultative suivante (indiquer le nom et/ou le code de l'option choisie) :

■ 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 à 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 ordres PréviFrance et ses éventuels délégués 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@previ-france.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, 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 :

Fait à

Le

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

Signature obligatoire

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées 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.

N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

Référence unique du mandat (RUM)