



Mutuelle
Prévoyance

Bulletin individuel d'affiliation
PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Mutuelle Prévoyance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.
SIREN 776 950 669 - Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE Cedex 6

☐ Cadre ☒ Non Cadre

Date d'affiliation 01/03/2024

A compléter par l'entreprise

Entreprise N° : Contrat N° :

Raison sociale : WILLOW

Adresse : 311 rue d'Orlande

Code postal : 46130

Ville : BRETENOUX

N° SIRET : 98433950700019

Code NAF :

Date d'entrée du salarié : __/__/__

Date d'adhésion du salarié : __/__/__

Groupe d'assurés :

Nom commercial : WILLOW

Le salarié

Civilité : M Nom : VAN HOULANDT

Prénom : Raphaël

Nom de naissance : Van houlandt

Né(e) le : __/__/__

N° de sécurité sociale : 193 18 19 03 145 P6

Adresse : 189 Rue d'Orlande

Code postal : 46130 Ville : Bretenoux

Tél : Mobile : 05 75 24 54 62

Email : vanhoulndtraphael@gmail.com

Justificatif d'identité : ☒ Carte Nationale d'Identité

☐ Passeport

N° :

Valable jusqu'au : __/__/__

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 : Bretenoux Le : 12/04/2024

Cachet de l'entreprise

Signature du salarié

Document à renvoyer à la Mutuelle Prévoyance 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 Prévoyance, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés, par demande écrite à Mutuelle Prévoyance - 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 71289 - 31012 TOULOUSE cedex 6.

Identification de la personne à assurer

Nom : Van huyndt
Date de naissance : 24/10/1993
Profession : Sage-femme
Entreprise : Witaw 45

Prénom : Raphaël
N° sécurité sociale : 123 101 9031 145 65

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	Merci d'indiquer votre taille / poids :	Taille : <u>184</u> cm	Poids : <u>68</u> kg
2	Fumez-vous (cigarettes, cigares, pipe) ?	☒ Oui ☐ Non	Quantité journalières : <u>5</u> Depuis quelle date : <u>2010</u>
3	Consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif) ?	Oui ☒ Non	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 ☐ Non ☒	Lequel : Pour quelle affection : Depuis quelle date :
5	Dans les 6 prochains mois, devez-vous :		<i>Si toujours en cours, joindre la copie de l'ordonnance</i>
	- subir des tests de diagnostic ou examens de suivi ?	Oui ☒ Non	À quelle date : <u>Pas de date</u> Lesquels : <u>Pas de sang</u> Pour quelles raisons :
	- être hospitalisé ?	Oui ☒ Non	À quelle date : Motif :
	- subir une intervention chirurgicale ?	Oui ☐ Non ☒	À quelle date : Motif :
6	Etes-vous actuellement en arrêt de travail partiel ou total ?	Oui ☐ Non ☒	Date de début : Motif : Date de reprise prévisible : <i>Joindre la copie de "arrêt de travail"</i>
7	Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines ?	Oui ☐ Non ☒	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 ☐ Non ☒	Date : Motif : Taux : <i>Joindre la copie de la notification</i>
9	Avez-vous subi un test de dépistage dont le résultat a été positif :		
	- Pour les virus des hépatites B et C ?	Oui ☐ Non ☒	
	- Pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?	Oui ☐ Non ☒	
10	Au cours des 10 dernières années :		
	- Avez-vous été opéré(e) y compris en ambulatoire ?	Oui ☐ Non ☒	
	- Avez-vous séjourné plus de 24 heures dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, cure thermique) / (hors maternité) ?	Oui ☐ Non ☒	
	- Avez-vous fait l'objet d'une surveillance médicale ?	Oui ☐ Non ☒	
	- Avez-vous été pris(e) en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	Oui ☐ Non ☒	<i>Joindre les comptes-rendus</i>
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 ☐ Non ☒	Date des examens et résultats :

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

a) Respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
b) Cardio-vasculaire : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
c) Ophthalmologique / ORL : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
d) Dermatologique : d'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
e) Articulaire : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
f) Digestif : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
g) Neuro-musculaire : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
h) Cancer : d'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
i) Endocrino-métabolique : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
j) Urino-rénal : des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
k) Génital : d'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
l) Neuro psychiques : 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 ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
m) Autres Maladies : d'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :
n) Autres maladies non citées ci-dessus	Oui ☒ Non ☐	Si oui, préciser : Le diagnostic : La date de diagnostic : Le traitement :

Je soussigné(e) Van houbandt 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 Bethoux
Le 16 de 2021.

Signature obligatoire



Adhérent

Entreprise : WILLOW Nom : Van huyndt Contrat n° :
Civilité : Monsieur Prénom : Raphaël
Nom de naissance : Van huyndt Né(e) le :
Adresse : 129 rue d'Alsace
Code Postal : 46130 Ville : Badenoux
Tél : 05 24 91 62 Email : vanhuyndt.raphael@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

CLAUDE 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.

CLAUDE 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 : Badenoux Le : 12/04/2014

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé.