



**mutuelle
PréviFrance**

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

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

Réserve à PREVIFRANCE

Nom Cial : DEHAINES.

N° de contrat collectif :

N° Cial : 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 : 01/01/2024

Cachet de l'entreprise

Rac de la p...

Contrat n° :

☐ Changement de renfort optionnel : Date d'effet :

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

Adhérent

☐ Mme ☒ M. Nom : VAN HOULANDT

Prénom : RAPHAEL

Nom de naissance :

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

Réf N° :

Valable jusqu'au

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

Adresse : 129 rue d'Orléans

Code Postal : 46130 Ville : Bort-les-Bains

Tél. : Mobile : 06 45 24 94 02

Email : vanhoulandt.rafael@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	van houlandt	Raphael	M	24 10 1993	☐ NON
N° de Sécurité Sociale		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
1 93 10 19 031 145 46					
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)

HOMPEA

Adhésion 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) :

☒ 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 Prévoyance 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

[Signature]

Fait à Badenoux.

Le 12 04 2024

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que nous vous communiquons sont destinées à la Mutuelle Prévoyance 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 Prévoyance 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 PREVOYANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6 ou par e-mail à : protectiondonnees@prevoyance.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 Prévoyance - 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 Prévoyance accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Prévoyance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle 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.

Débiteur

☒ Identité du payeur

Nom : Van Houylandt

Prénom : Raphaël

Né(e) le : 21 10 1993 N° sécurité sociale : 1 93 10 19 031 145 46.

Adresse : 129 Rue d'Orléans

Code Postal : 46 130 Ville : Badenoux.

☐ 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) : FR66 1120 60 00 8671 1851 8304 553.

BIC (identifiant de votre banque) : AGRIFRPP32

☒ 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 Prévoyance
Gestion des mandats
80, rue Matabiau - BP 71269
31 012 TOULOUSE CEDEX 6

Fait à Badenoux

Le 12 04 2024

Signature obligatoire

[Signature]

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

Référence unique du mandat (RUM)