BULLETIN Adhésion ☐ Modification ☐

eovi mutuelles présence

www. eovi-mutuellespresence.fr

N°Cristal 09 69 32 13 13 APPEL NON SURTAXE

marché des particuliers ☐ marché des entreprises ☐ :

nom de la garantie choisie, à compléter obligatoirement

Garantie familiale : /__/__/__/__/__/__/__/ Contrat n° : /__/__/__/__/__/__/__/__/

Date d'adhésion : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ Date d'effet de la garantie : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Situation familiale : célibataire ☐ concubinage ☐ divorcé(e) ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ vie maritale ☐ veuf(ve) ☐

Assuré(e) social(e) ☐ Profession indépendante ☐ **Professions** du souscripteur :…… du conjoint : ……

	sexe	NOM patronyme	Prénom	N° assurance maladie	Date Naissance	ROAM
Souscripteur						
Conjoint						
Enfant à charge						
Enfant à charge						
Enfant à charge						
Enfant à charge						

Pour chaque ayants droit au contrat, joindre la photocopie de votre attestation d'assurance maladie

Adresse ……

……Code Postal …… Ville ……

tél. domicile /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ - tél. mobile /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ -e-mail :……

Remboursement des prestations

☐ Je souhaite télécharger mes relevés sur mon compte Internet. Adresse e-mail : ……

Le règlement de vos prestations sera versé sur le compte bancaire ci-dessous ou sur le compte n°. ……

et je **joins un autre Relevé d'identité bancaire.**

Montant cotisation	annuelle €	mensuelle €	Montant du règlement	€

Fait à ……le…… 'lu et approuvé' signature

Loi Madelin, Professions Indépendantes

Pour bénéficier des avantages de la Loi Madelin, je souhaite en qualité de professionnel indépendant adhérer gratuitement à l'association du contrat de groupe ☐ NON ☐ OUI Date exercice comptable : ……

L'adhésion est viagère et prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature. L'adhésion est effective après paiement de la première échéance de cotisation.

❑ **Je déclare avoir reçu le règlement des garanties frais de santé ainsi que les statuts règlement intérieur et règlement de la médiation.**

Les informations figurant sur ce document sont indispensables et destinées à usage interne pour la gestion de votre dossier. Elles permettent l'accès au service Noémie et sont transmises à votre Régime d'assurance Maladie pour obtenir un traitement automatisé, si vous ne souhaitez pas utiliser ce service, vous pouvez nous en faire part à tout moment par courrier. En application des articles 39 et suivants de la loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de vérification et de modification en vous adressant à notre mutuelle.

Siège social : L'Atrium, 60 rue Robespierre - 42030 Saint Etienne cedex 2

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 400 200 804

✂----------

Service bancaire automatique gratuit

Je soussigné(e) …… demeurant à ……, souhaite :

☐ le prélèvement de mes cotisations par prélèvement sur mon compte le 15 de chaque mois (en cas d'impayés 5 € seront imputés)

nombre : annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel ☐ mensuel ☐

Je complète et signe l'autorisation bancaire ci-dessous et **joins mon Relevé d'identité bancaire.**

Fait à ……le……Signature **n° contrat :**

✂----------

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différent directement avec mon créancier.

N° NATIONAL d'EMETTEUR

403 832

NOM, PRENOM, ADRESSE DU DEBITEUR

Nom ……Prénom……

Adresse ……

Code Postal……Ville……

NOM et ADRESSE DU CREANCIER

Eovi mutuelles présence
L'Atrium 60 rue Robespierre
42030 Saint Etienne cedex 2

COMPTE A DEBITER

Etablissement	Guichet	Numéro du compte	Clé RIB

DOMICILIATION DU COMPTE A DEBITER

Nom de l'Etablissement ……

Adresse ……

Code Postal……Ville……

Date : ……

Signature

Le signataire du présent document s'engage en cas d'impayé, à restituer sa carte de mutuelle sur simple demande de notre part.

MP 04 003-10/10