

PERSONNES À AFFILIER

Merci de remplir toutes les informations ci-dessous* *en lettres majuscules* :

Nom* : _____ Prénom* : _____

Date de naissance* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

N° Sécurité sociale* : _____ N°de tél portable* : _____

E-mail personnel* : _____ @ _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) PACS Concubin(e)

N°ordre LMDA : _____ Statut : Salarié TNS (Travailleur non-salarié)

	Nom et Prénom	Date de naissance	N° SS
Conjoint			
Enfant(s)			

(si vous manquez de place, vous pouvez joindre ces informations sur papier libre daté et signé)

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L’ASSURANCE FRAIS MÉDICAUX

Formule choisie : Basic Medium Confort Hospitalisation (non-éligible à la loi Madelin)

Date d’effet adhésion/modification : _____

Je souhaite que mes cotisations soient prélevées : Mensuellement (par défaut) Trimestriellement

N.B : L’assuré a le droit de refuser la télétransmission de ses prestations Santé. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

En plus de cette adhésion, votre conjoint (marié, pacsé ou concubin) et, le cas échéant, vos enfants bénéficient-ils déjà d’une mutuelle santé ?

OUI NON (Si c’est le cas, elle les remboursera par défaut en 1^{er})

Pièces à joindre :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Votre Relevé d’Identité Bancaire et votre mandat SEPA ci-joint
<input type="checkbox"/> La photocopie de votre attestation de droits de Sécurité Sociale et celle de votre conjoint, concubin ou pacsé (joindre une attestation de vie commune ou l’attestation du PACS), le cas échéant.
<input type="checkbox"/> Si vous êtes TNS, l’attestation annuelle de la Maison des Artistes. | <input type="checkbox"/> Pour les enfants à charge : étudiants de moins de 28 ans, en contrat d’apprentissage ou primo demandeurs d’emploi de moins de 26 ans, handicapés ; joindre la photocopie de l’attestation de droits de Sécurité Sociale et un certificat de scolarité ou tout autre justificatif.
<input type="checkbox"/> Copie recto / verso de votre carte d’adhérent à La Maison des Artistes. |
|---|--|

RESERVÉ AUX TNS : RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Indépendant depuis le : _____ Contrat frais médicaux précédent résilié à effet du : _____

Adhésion dans le cadre de la loi d’initiative et Entreprise Individuelle (Loi Madelin NC 94.126 du 11 février 1994). Pour ses adhérents ayant la qualité de travailleurs non salariés non agricoles, bénéficiant des dispositions de l’article 154 bis du Code général des impôts, l’Association 1901 La Maison des Artistes agit en qualité de groupement souscripteur tel qu’exigé par l’article 41 de la loi du 11 février 1994 et son décret d’application n°94-775 du 5 septembre 1994. Ces personnes déclarent en outre sur l’honneur, être à jour du versement de leurs cotisations aux régimes d’assurances obligatoires de Sécurité sociale (article L-652.4 du Code de la Sécurité sociale), en avoir produit l’attestation et s’engagent à en attester lors de chaque date anniversaire de l’adhésion.

Je soussigné(e) demande à bénéficier du contrat d’assurance groupe Plasticia TNS souscrit par La Maison des Artistes auprès de la Mutuelle Mieux-Etre (aussi bien pour moi-même que pour les membres de ma famille inscrits).

PACK 100 % DIGITAL

Je souhaite bénéficier des services du pack 100 % digital (Espace Assuré Iris) OUI NON

Le pack 100 % digital vous permet d’accéder à des services en ligne comme les alertes e-mail pour vous avertir d’un nouveau remboursement, d’une réponse à une prise en charge hospitalière ou d’un justificatif manquant. Retrouvez également votre carte de Tiers-Payant en ligne ainsi que vos relevés santé, sur la période souhaitée.

Je certifie l’exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l’affiliation à intervenir et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l’affiliation, conformément au contrat souscrit par La Maison des Artistes auprès de l’organisme assureur dont j’ai reçu un exemplaire des statuts et atteste avoir reçu une notice d’information.

Loinformatique et liberté (art 27 et 31) et secret professionnel : les informations nominatives recueillies dans le cadre du présent contrat et ultérieurement sont destinées à votre organisme d’assurances, qui de convention expresse, est autorisé à les conserver en mémoires informatiques, à les utiliser, ainsi qu’à les communiquer aux mêmes fins aux sociétés de son groupe, au courtier GEREP, voire à des tiers ou à des sous-traitants pour des besoins de gestion. Les droits d’accès et de rectification peuvent être exercés auprès du service ayant recueilli ces informations. Par la signature de ce document, vous acceptez expressément que les données vous concernant leur soient transmises.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l’affilié(e) (précédée de la mention « lu et approuvé »)