

- DEMANDE D'ADHESION** Ajout ayant(s) droit
 DEMANDE D'AVENANT Radiation ayant(s) droit
 Changement de garantie
 Autres :

Réservé à la mutuelle

Conseiller :
 N° adhérent :
 N° personne :
 Date du devis :

Identification de l'élu(e) adhérent(e)

Civilité M. M^{me} Nom Nom de naissance Prénom

Adresse Code postal |.....|

Commune Tél. |.....| Tél. portable |.....|

E-mail (en majuscule)

Situation familiale Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Union libre Pacsé(e) Divorcé(e)

Mandat(s) électif(s)

Mandat municipal Maire Adjoint(e) Conseiller(e) Collectivité
 Mandat d'EPCI Président(e) Vice-Président(e) Conseiller(e) Collectivité
 Mandat départemental ou régional Président (e) Vice-Président(e) Conseiller(e) Collectivité

Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Adhérent (bénéficiaire 1)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 3				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 4				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 5				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bénéficiaire 6				<input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="radio"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre 	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Régime obligatoire de l'adhérent général local (4) autre / du conjoint général local (4) TNS/PI autre

(1) Féminin = F - Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) A défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

Mes garanties et cotisations

	Nom	Prénom	Garantie Santé	Cotisation Mensuelle
Adhérent (bénéficiaire 1)				
Conjoint/pacsé/concubin (bénéficiaire 2)				
Bénéficiaire 3				
Bénéficiaire 4				
Bénéficiaire 5				
Bénéficiaire 6				

L'adhérent est assuré au régime obligatoire de la Sécurité sociale ou à un régime volontaire.

Observations

.....

Stages (délais de carence)

Garantie santé : Un délai de stage de 6 mois en optique et dentaire est prévu

Je souhaite payer mes cotisations par :

Mois Trimestre Semestre An

(Mois et trimestre : prélèvement obligatoire et mandat SEPA à fournir)

Date de prélèvement : le 5 du mois le 10 du mois le 15 du mois le 20 du mois

Sans précision, celui-ci sera fait le 5 de chaque mois.

Sauf mention contraire de votre part, le remboursement de vos prestations s'effectuera sur le même compte bancaire que vos cotisations.

Pour raccourcir les délais de remboursement, j'accepte pour ma famille et moi les échanges d'informations entre les régimes obligatoires et la Mutuelle Oui Non

- Je certifie que l'ensemble des documents contractuels (règlement mutualiste, fiche garantie, statuts, et si ma garantie le prévoit, la notice d'information de la garantie obsèques assurée par Harmonie Mutuelle et la notice d'information relative de la garantie Assistance assurée par RMA) m'ont été remis.

Comment adhérer ?

Retournez-nous votre demande d'adhésion complétée et signée, accompagnée des documents suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences sur simple présentation de la carte Vitale,
- si le mode de paiement « prélèvement » est choisi : un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE) et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé,
- si le virement des prestations est demandé sur un compte bancaire différent de celui sur lequel sont prélevées les cotisations, fournir un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE) de ce compte.

Date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant :

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la demande qu'importe le cas.

Fait le

Signature de l'adhérent

Votre centre de gestion :

HARMONIE MUTUELLE
23 boulevard Jean Jaurès
45025 ORLEANS CEDEX 1

En application de la loi informatique et liberté du 06/01/78, les réponses au présent bulletin ont un caractère obligatoire pour la mutuelle auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès et de rectification et ne peuvent être utilisées qu'à usage interne. En application de l'article L211-5 du code de la mutualité, Mutex Union se substitue intégralement à la Mutuelle des Elus Locaux pour la couverture des garanties d'assurance maladie, accident et offertes aux membres participants de la cédante et à leurs ayants droit. La couverture du risque décès pour les adhérents bénéficiant de ce type de garantie est directement assurée par Mutex Union.

Extrait de la convention de substitution – conséquences du retrait d'agrément

« En application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, MUTEX Union se substitue intégralement à CAREL Mutuelle pour l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par cette dernière, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relativement aux risques apportés, tels que ces risques sont définis, selon son objet, à l'article 3 des statuts de CAREL Mutuelle et dans ses règlements mutualistes, sans exception ni réserve. »

« MUTEX Union donne à CAREL Mutuelle sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges, y compris non assurantiels de CAREL Mutuelle. »

Si l'agrément accordé à Mutex Union lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Assureur de la garantie Assistance : RMA

Ressources Mutuelles Assistance, Union d'Assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28.

Mutuelle des Elus Locaux dite Carel Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 388 887 259, dont le siège social est situé au 26 boulevard de Sébastopol, 75004 Paris substituée par Mutex Union, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, dont le siège social est situé au 140 avenue de la République, 92327 Châtillon.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.