



À retourner à : MIEL Mutuelle, 11 rue du gris de Lin 42021 SAINT-ÉTIENNE Cedex 1

Ancien salarié de l'entreprise\* : \_\_\_\_\_

N° SIRET de l'entreprise\* : \_\_\_\_\_

## 1 - VOTRE SITUATION PERSONNELLE

N° d'adhérent MIEL Mutuelle\* : \_\_\_\_\_

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Né(e) le\* : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance\* : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_ Pays\* : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## 2 - VOS CHOIX \*

Je souscris au même niveau de garanties que celui choisi avant mon départ de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Je souhaite bénéficier de la télétransmission  
(transmission automatique des décomptes par la Sécurité sociale)

Je bénéficie du tiers payant Viamedis (évite l'avance des frais)

## 3 - VOS BÉNÉFICIAIRES

Nom*	Prénom*	Né(e) le*	Lieu de naissance*	lien de parenté*	N° de Sécurité Sociale

## 4 - LE REGLEMENT DE VOS COTISATIONS\*

Par chèque annuel (par année civile, joindre votre chèque libellé à l'ordre de MIEL Mutuelle avec votre dossier de souscription).

OU  Par prélèvement sans frais (remplir, signer et joindre le volet du mandat de prélèvement SEPA ci-joint) :

Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

Echéance :  5 du mois  10 du mois  15 du mois

OU  Par virement :

Trimestriel  Semestriel  Annuel

Echéance :  5 du mois  15 du mois

## 5 - DATE ET SIGNATURE\*

• Je demande à adhérer à MIEL Mutuelle à compter du 01 / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ainsi qu'au contrat garantie assistance assurée et gérée par Mutuaide Assistance<sup>(1)</sup>.

• Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Mutualiste et m'engage à me conformer aux Statuts MIEL Mutuelle.

• Je joins obligatoirement les pièces justificatives précisées en page suivante du document.

Fait à\* : \_\_\_\_\_

Signature\* \_\_\_\_\_

Le\* : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Assureur pour la garantie Assistance : Mutuaide Assistance • Entreprise régie par le Code des Assurances • 383 974 086 RCS Créteil • Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 BRY SUR MARNE CEDEX



Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir (photocopies)
Affilié principal	Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale + Copie recto-verso de la carte d'identité ou passeport en cours de validité
Conjoint	Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de domicile commun de moins de 3 mois (exemple : RIB, quittance EDF...) + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Partenaire lié par un PACS	Justificatif de Pacte Civil de Solidarité + Attestation d'immatriculation au RO à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale du salarié, ou de son conjoint, ou concubin ou titulaire d'un PACS, justifiant la qualité d'ayant droit à ce titre ou Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale de l'enfant s'il est lui-même assuré social
Enfants jusqu'à leur 25 <sup>ème</sup> anniversaire au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition ou certificat de scolarité + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Ascendants directs, descendants et collatéraux à charge fiscalement au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 25 <sup>ème</sup> anniversaire	Documents justificatifs

## INFORMATIONS LEGALES

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin)

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

• **Malakoff Médéric Mutuelle (dénommée Mutuelle Malakoff Humanis à compter du 1er janvier 2020), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N° 784 718 256, 21 rue Laffitte 75009 Paris, Mutuelle substituante, se substitue intégralement à MIEL Mutuelle, mutuelle substituée, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par MIEL Mutuelle pour l'exécution des engagements nés ou à naître.**

**La Mutuelle Malakoff Humanis donne à MIEL Mutuelle sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.**

**Si l'agrément accordé à Mutuelle Malakoff Humanis lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.**

### • Informations relatives au traitement de vos données personnelles

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

L'affilié peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO), 11 rue du Gris de Lin, 42021 SAINT-ETIENNE CEDEX 1. Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>

# MANDAT de Prélèvement SEPA

A retourner à : MIEL Mutuelle, 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area), vous autorisez MIEL Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MIEL Mutuelle.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

MIEL Mutuelle  
FR72ZZZ391079  
11 rue du Gris de Lin  
42021 Saint-Etienne Cedex 1  
FRANCE

Votre nom

.....  
Civilité / Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse

.....  
Entrée, bat, immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu dit

.....  
Code Postal / Ville / Cedex

.....  
Pays

Les coordonnées de votre compte

.....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement

Paiement récurrent

Paiement ponctuel

Signé à

.....  
Ville (35 caractères maximum)

.....  
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

.....

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque



## Informations relatives au traitement de vos données personnelles

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légales applicables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à [dpo-mielmut@mielmut.com](mailto:dpo-mielmut@mielmut.com) ou à l'adresse : MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO) - 11, rue du Gris de Lin 42021 SAINT ETIENNE cedex 1. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>