



BULLETIN D'ADHÉSION

Mutuelle du CHU
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

2, rue Toussaint Louverture - 63100 Clermont-Ferrand
Tél. 04 73 90 59 80 - Fax 04 73 90 59 22



La mutuelle des professionnels de santé

BULLETIN D'ADHÉSION

2, rue Toussaint Louverture - 63100 Clermont-Ferrand

Tél. 04 73 90 59 80 - Fax 04 73 90 59 22

mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr

Mutuelle du CHU
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

NOM / PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : | | | |

NOM DE JEUNE FILLE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : | | | | | | | | CLÉ | |

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TÉL. FIXE : _____

E-MAIL : _____ TÉL. PORT. : _____

RÉGIME : _____ PROFESSION : _____

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE MUTUELLE ? _____

POUR LES HOSPITALIERS

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION : _____

ÊTES-VOUS : CÉLIB. MARIÉ(E) PACSÉ(E) VIE MARIT. VEUF(VE) DIVORCÉ(E) SÉPARÉ(E)

OPTION CHOISIE

_____ DATE D'EFFET : | | | |

(les personnes inscrites sur le même contrat ont la même option)

ÊTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT(E) CHEZ NOUS OU À UN AUTRE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OUI NON

SI OUI LEQUEL : _____ DATE DE RADIATION : _____

(joindre un certificat de radiation)

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE À GARANTIR

CONJOINT(E)

DATE D'EFFET : | | | |

NOM / PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : | | | |

NOM DE JEUNE FILLE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : | | | | | | | | CLÉ | |

RÉGIME : _____ PROFESSION : _____

VOTRE CONJOINT(E) EST-IL AGENT HOSPITALIER ? OUI NON

SI OUI, L'ÉTABLISSEMENT : _____

ÊTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT(E) CHEZ NOUS OU À UN AUTRE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OUI NON

SI OUI LEQUEL : _____ DATE DE RADIATION : _____

(joindre un certificat de radiation)

ENFANTS		DATE D'EFFET* : <input type="text"/>	
	NOM/PRÉNOM	NÉ(E) LE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
ENFANT			

*Pour l'inscription d'un nouveau-né, une durée de souscription minimum de 3 ans est demandée.

Merci de joindre un extrait d'acte de naissance.

Vos prestations seront virées sur votre compte bancaire avec récupération directe de vos prestations auprès de la Sécurité Sociale - Joindre un R.I.B.

Joindre une photocopie de l'attestation carte vitale de votre régime obligatoire. Sauf avis contraire de votre part, les informations relatives à votre adhésion seront transmises à cet organisme afin de vous assurer un délai de remboursement minimum (télétransmission Noémie). Si vous êtes pris en charge à 100 % pour une ALD, fournir une copie de l'attestation.

• **PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DES COTISATIONS** OUI NON

- Si agent hospitalier, prélèvement sur salaire - Joindre une photocopie du bulletin de salaire.

- Pour les autres, prélèvement sur le compte bancaire - Joindre un R.I.B. ainsi qu'un mandat de prélèvement (SEPA) complété et signé.

Si vous êtes non imposable, joindre une copie de votre dernier avis d'imposition.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie qui vous est accordée par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En outre, dans un tel cas, il sera procédé de plein droit à votre radiation de la Mutuelle.

Je reconnais avoir été informé avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations, j'ai pu consulter sur place, un exemplaire du règlement mutualiste et des statuts de la Mutuelle du C.H.U. et Hôpitaux du Puy-de-Dôme, et je déclare en accepter les termes.

Je déclare :

- demander l'inscription de l'ensemble des personnes désignées sur ce bulletin,
- m'engager à régler les cotisations correspondantes.

Nom du conseiller :

Fait à _____ le _____

Signature du membre participant

Précédée de la mention

« Lu et Approuvé »

J'ai pris connaissance des différentes offres de garanties et tarifs proposés avant la conclusion du contrat ainsi que du délai de rétractation de 14 jours, dont je bénéficie à compter de la date de souscription.

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE	N° D'ADHÉRENT : <input type="text"/>
Offre de bienvenue : _____	
Carence (Allocations maladie) : <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Minoration : ALD <input type="checkbox"/> N. imp. <input type="checkbox"/> Correspondant	
Option : <input type="checkbox"/> H01448 <input type="checkbox"/> H01431 <input type="checkbox"/> H01444 <input type="checkbox"/> H01446 <input type="checkbox"/> H01445 <input type="checkbox"/> H01447	

INFORMATIONS ET LIBERTÉS : Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Le membre participant, ainsi que toute personne, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

PROTECTION DES DONNÉES : En accord avec le nouveau Règlement Général de la Protection des Données, entré en vigueur le 25 mai 2018, la Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy-de-Dôme s'engage à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données. Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent bulletin sont collectées par la mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme. Ces données sont destinées à la gestion (y compris commerciale) de votre adhésion, à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts ainsi qu'à l'exécution de prescriptions réglementaires par les personnels habilités de la mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme ainsi que de ses partenaires et sous-traitants. Leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. Toutes les informations doivent être renseignées. Leur non-fourniture aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Vous pouvez prendre connaissance des droits attachés à vos données en tant que personne concernée en consultant le Règlement Mutualiste accessible sur le site www.mutuelle-chu-63.fr ou communiqué par envoi postal sur simple demande écrite auprès de la mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme, 2 rue Toussaint Louverture 63100 CLERMONT-FERRAND.



Mutuelle du CHU
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

Retrouvez votre espace adhérent :



www.mutuelle-chu-63.fr

Pour suivre votre contrat, vos remboursements
et accéder à tous vos services

Contact :



Tél : 04 73 90 59 80



mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr