

BULLETIN D'ADHESION CONTRAT COLLECTIF A GESTION INDIVIDUELLE

 ADHESION N° Collectivité _____

 MODIFICATION N° Adhérent _____

GESTION

Mail : gestion@mc-alsace.fr

COTISATIONS

Mail : comptabilite@mc-alsace.fr

 Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN N° 778 900 027

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous remercions de compléter toutes les rubriques ci-dessous et de joindre tous les justificatifs demandés au verso du présent bulletin

ADHERENT PRINCIPAL

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Né(e) le _____

Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(e)

N° Sécurité Sociale _____

Régime obligatoire Local Général

Autre(s) mutuelle(s) Oui Non Dénomination _____

Profession _____

Catégorie professionnelle Cadre Non-Cadre Autres

Souhaitez-vous la transmission automatique avec la MCA Oui Non

Adresse _____

Code Postal _____ Commune _____

Téléphone privé _____

Email _____ @ _____

CONJOINT

Nom _____

Prénom _____

Nom de jeune fille _____

Né(e) le _____

N° Sécurité Sociale _____

Régime obligatoire Local Général TNS SNCF RF⁽¹⁾ EN⁽²⁾

Autre(s) mutuelle(s) Oui Non Dénomination _____

Profession _____

Catégorie professionnelle Cadre Non cadre Autres

Souhaitez-vous la transmission automatique avec la MCA Oui Non

Mobile _____

ENFANTS OU AYANTS DROIT

Nom - Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale	Régime obligatoire		Autre mutuelle		Local	Général
			Père	Mère	Oui	Non		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je sollicite l'adhésion à la MCA des personnes désignées ci-dessus, à compter du _____ 0 1 _____

COMPLEMENTAIRE SANTE

Raison sociale **Communauté de Communes Sarrebourg Moselle Sud et Communauté de Communes du Pays de Phalsbourg**

Collège "Habitants et agents de la CCSMS et de la CCPP" Régime de Base Régime Amélioré

COTISATION MENSUELLE AU

Complémentaire Santé

Adhérent principal _____

Conjoint _____

Enfant(s) _____

Total _____

MODE DE PAIEMENT
PERIODICITE
 Prélèvement automatique

 Trimestriel d'avance
 Mensuel d'avance

La MCA se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire à la gestion de votre dossier.

Les décomptes dématérialisés sont accessibles via internet dans l'espace adhérent.

 Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information des garanties frais de santé et des statuts⁽³⁾ de la MCA et déclare en accepter les termes.

J'autorise la MCA à transmettre à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie toute information me concernant.

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____, atteste par la présente l'exactitude des données personnelles fournies à l'appui de ma demande d'adhésion et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation de famille (mariage, divorce, naissance d'un enfant...).

Fait à _____ Signature _____

Le _____



6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 Colmar Cedex
 Tél : 03 89 20 80 00 Fax : 03 89 24 98 37
 Mail : info@mc-alsace.fr - Internet : www.mc-alsace.fr

1 rue de l'Industrie - 67340 - Ingwiller
 Tél : 07 87 59 03 45
 Mail : ccsms@beyer-assurances.fr

GESTION

Mail : gestion@mc-alsace.fr

COTISATIONS

Mail : comptabilite@mc-alsace.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN N° 778 900 027

Pour toute réclamation, merci de vous adresser à MCA - Service Réclamations - 6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 COLMAR Cedex.

La MCA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) situé 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

ADHERENT	Copie de la Carte Nationale d'Identité, du passeport ou de la carte de séjour ou carte d'invalidité (en cours de validité) + Copie de l'attestation du Régime Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre) + Relevé d'Identité Bancaire + Certificat de radiation de votre ancienne complémentaire santé (si vous en aviez une auparavant)
CONJOINT	Copie de l'attestation du Régime Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre) + Certificat d'appartenance s'il bénéficie d'une autre mutuelle + Certificat de radiation de l'ancienne complémentaire santé (s'il en avait une auparavant)
CONCUBIN / PARTENAIRE DE PACS	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition + Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance + Copie de l'attestation du Régime Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre) + Certificat d'appartenance s'il bénéficie d'une autre mutuelle + Certificat de radiation de l'ancienne complémentaire santé (s'il en avait une auparavant)
ENFANT A CHARGE au sens de la Sécurité Sociale	Copie de l'attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre) du parent, justifiant de la qualité d'ayant droit
ENFANT DE MOINS DE 27 ANS, étudiant	Certificat de scolarité ou copie de la carte d'étudiant + Copie de l'attestation du régime étudiant
ENFANT DE MOINS DE 25 ANS, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Copie du contrat d'apprentissage ou de la formation en alternance + Copie de l'attestation du Régime Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre)
ENFANT ATTEINT D'UNE INFIRMITÉ l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon réglementation Sécurité Sociale)	Notification d'invalidité ou décision de la CDAPH
Autre personne à charge au sens de la Sécurité Sociale	Avis d'imposition ou de non imposition du salarié + Copie de l'attestation du Régime Obligatoire (Sécurité Sociale ou autre)

Document à retourner impérativement à :
BEYER ASSURANCES - 1 rue de l'Industrie - 67340 INGWILLER



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 Colmar Cedex
Tél : 03 89 20 80 00 Fax : 03 89 24 98 37
Mail : info@mc-alsace.fr - Internet : www.mc-alsace.fr

1 rue de l'Industrie - 67340 - Ingwiller
Tél : 07 87 59 03 45
Mail : ccsms@beyer-assurances.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN N° 778 900 027

A REMPLIR ET A RETOURNER A LA MCA

Référence unique du mandat (zone réservée à la MCA)

M	C	A																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Complémentaire d'Alsace à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Complémentaire d'Alsace.

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 autorisé.

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

IDENTITE DU TITULAIRE DU COMPTE (DEBITEUR)

Nom et prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Garantie souscrite	<input type="text"/>	N° de contrat (si connu)	<input type="text"/>

ADRESSE DU DEBITEUR

Rue	<input type="text"/>		
Code Postal	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>
		Pays	<input type="text"/>

TIERS DEBITEUR pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

Nom et prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Type de paiement : récurrent			

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE DEBITEUR

(Ces données figurent dans votre carnet de chèques ou sur votre relevé de compte)

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>						

COORDONNEES DU CREANCIER

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE
6 ROUTE DE ROUFFACH - CS 40062
68027 COLMAR CEDEX
Identifiant créancier SEPA
FR76ZZ119504

Les informations du présent mandat vous concernant sont destinées à la Mutuelle Complémentaire d'Alsace. Elles sont recueillies afin de n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de la relation avec son client. Vous disposez de droits d'opposition, d'accès et de rectification, tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés que vous pourrez exercer auprès de votre mutuelle.

N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Fait à	<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
Le	<input type="text"/>		

COLLEZ ICI VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE