

Garantie santé : CAP SECURITE CAP 100 CAP 130 CAP 160 CAP 200 CAP 300 CAP 400

Cochez l'option choisie

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance :

Statut : Salarié Profession indépendante(1) Retraité(e) Chômeur Etudiant(e) Situation de Famille : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Pacsé (e) Union libre Séparé(e) Divorcé(e)

Tél. mobile : Tél. domicile : E-mail :

Mutuelle Générale de Paris - Garanties Cap Plénitude Santé - Personnes à protéger

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	N° de centre de CPAM

12^{ème} MOIS DE COTISATION OFFERT LA 1^{ère} ANNEE SI ADHESION AVANT LE 31/12/2011

Je joins un premier règlement de :

Cotisation mensuelle :

 €

Par : Chèque

TOTAL Cotisation annuelle :

 €

Par la suite ma cotisation sera prélevée le 05 ou le 15 de chaque :

Année

Semestre

Trimestre

Mois

POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS (1)

Je demande mon adhésion à l'Association de Prévoyance Sociale « Mieux Etre » (A.P.S.M.E) souscriptrice du contrat groupe défini par la loi n°94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin. Je déclare sur l'honneur exercer normalement mon activité professionnelle et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse (article L. 652-4 du Code de la Sécurité sociale). Je joins obligatoirement une copie de ma carte Vitale et de l'attestation qui la complète afin de bénéficier de la déduction fiscale prévue par la loi Madelin.

Je déclare avoir reçu un exemplaire des règlements mutualistes Santé et Décès, les statuts de la Mutuelle ainsi que le descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions. Je déclare également avoir pris connaissance des mesures et des contrôles mis en œuvre pour lutter contre le blanchiment des capitaux et dont j'accepte les termes.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets sincères, exacts et ne sont pas susceptibles de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle.

Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à la Mutuelle.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/78 (art.27), je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant. Je peux ainsi m'opposer à ce qu'elles soient communiquées à des tiers en adressant un courrier à la Mutuelle Générale de Paris 14, rue Coquillière 75001 PARIS.

Effet de la garantie santé : 01 / ____ / ____ (sous réserve des délais d'attente prévus pour certaines prestations, du certificat de radiation, du détail des prestations de votre ancienne mutuelle et de l'encaissement de la première cotisation).

Ce contrat est conclu dans le cadre d'une vente à distance, je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, pour me rétracter.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ en deux exemplaires

Signature de l'adhérent



14 rue Coquillière – 75001 PARIS
Tel : 01 42 33 21 31
Soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
SIREN : 302 976 592

Garantie santé : CAP SECURITE CAP 100 CAP 130 CAP 160 CAP 200 CAP 300 CAP 400

Cochez l'option choisie

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance :

Statut : Salarié Profession indépendante(1) Retraité(e) Chômeur Etudiant(e) Situation de Famille : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Pacsé (e) Union libre Séparé(e) Divorcé(e)

Tél. mobile : Tél. domicile : E-mail :

Mutuelle Générale de Paris - Garanties Cap Plénitude Santé - Personnes à protéger

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	N° de centre de CPAM

12^{ème} MOIS DE COTISATION OFFERT LA 1^{ère} ANNEE SI ADHESION AVANT LE 31/12/2011

Je joins un premier règlement de :

Cotisation mensuelle :

 €

Par : Chèque

TOTAL Cotisation annuelle :

 €

Par la suite ma cotisation sera prélevée le 05 ou le 15 de chaque :

Année

Semestre

Trimestre

Mois

POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS (1)

Je demande mon adhésion à l'Association de Prévoyance Sociale « Mieux Etre » (A.P.S.M.E) souscriptrice du contrat groupe défini par la loi n°94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin. Je déclare sur l'honneur exercer normalement mon activité professionnelle et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse (article L. 652-4 du Code de la Sécurité sociale). Je joins obligatoirement une copie de ma carte Vitale et de l'attestation qui la complète afin de bénéficier de la déduction fiscale prévue par la loi Madelin.

Je déclare avoir reçu un exemplaire des règlements mutualistes Santé et Décès, les statuts de la Mutuelle ainsi que le descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions. Je déclare également avoir pris connaissance des mesures et des contrôles mis en œuvre pour lutter contre le blanchiment des capitaux et dont j'accepte les termes.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets sincères, exacts et ne sont pas susceptibles de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle.

Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à la Mutuelle.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/78 (art.27), je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant. Je peux ainsi m'opposer à ce qu'elles soient communiquées à des tiers en adressant un courrier à la Mutuelle Générale de Paris 14, rue Coquillière 75001 PARIS.

Effet de la garantie santé : 01 / ____ / ____ (sous réserve des délais d'attente prévus pour certaines prestations, du certificat de radiation, du détail des prestations de votre ancienne mutuelle et de l'encaissement de la première cotisation).

Ce contrat est conclu dans le cadre d'une vente à distance, je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, pour me rétracter.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ en deux exemplaires

Signature de l'adhérent



14 rue Coquillière – 75001 PARIS
Tel : 01 42 33 21 31
Soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
SIREN : 302 976 592