



MUTUELLE SANTE et PREVOYANCE
26 BOULEVARD MARIE STUART - 45000 ORLEANS
TEL : 02.38.53.77.11 Mail : muroscentre@muros-centre.fr

PARRAINAGE
Nom de votre parrain :
N° SS :

BULLETIN D'ADHESION

Garantie choisie : (entourer une case)

MICRO non Responsable	STUDIO non Responsable	MEZZO Responsable	PATIO Responsable
-----------------------	------------------------	-------------------	-------------------

1 Vous êtes

Nom		Nom de jeune fille	
Prénom		Commune de naissance	
Date naissance		N° S.S.	
Adresse			
Code postal		Ville	

2 Vous souhaitez

1- adhérer à la MUROS à compter du [] (l'adhésion prendra effet au 1er jour du mois)
ET / OU

2- inscrire le(s) membres de votre famille ci-dessous sur votre contrat à compter du []

Nom	Prénom	Numéro de Sécurité Sociale	né(e) le	Sexe (H/F)

3 Pièces à joindre obligatoirement à la demande d'adhésion : voir NOTICE au verso

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

* J'autorise la MUROS à établir une liaison directe (échange NOEMIE) avec ma caisse d'Assurance Maladie. OUI NON

*J'ai connaissance de la possibilité de renoncer à mon adhésion sous réserve d'en informer la MUROS Centre par courrier au plus tard 14 jours après la notification de l'adhésion, date de la poste faisant foi.

*Je reconnais avoir été informé(e) qu'en regard aux informations contenues dans le présent document, je dispose d'un droit d'accès et de rectification prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés (CNIL). Ces informations peuvent être communiquées à toutes les personnes intervenant à titre professionnel dans la gestion ou l'exécution du présent contrat.

* Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information « Protection Juridique Santé » assurée par Solucia Protection Juridique.

* Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information « Garanties d'Assistance » assurée par RMA.

*La MUROS-Centre est une mutuelle pratiquant les cotisations variables.La cotisation normale est déterminée dans le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif.En cas de rappel de cotisations conformément à l'article 62 des statuts, le montant maximal de cotisations ne peut être supérieur à une fois et demi la cotisation normale conformément à l'article R212-9-1 du code de la Mutualité.

Cadre réservé à la Muros :

DATE DE PRELEVEMENT Le 10 du mois	MODE DE PAIEMENT PERIODE : Mensuelle PRELEVEMENT <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/>	COTISATION ____, ____ €
---	--	-----------------------------------

4 Pour vous contacter

Téléphone Domicile []

Téléphone Portable []

Mail []

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE

Signature

Fait à []

Le []

TOURNER SVP ==>

1 Vous êtes

Vous souhaitez	Personne qui doit compléter le cadre 1 et signer le bulletin d'affiliation
adhérer	vous
que votre conjoint adhère	votre conjoint
Faire adhérer un enfant de plus de 20 ans	votre enfant
Faire adhérer un enfant de moins de 20 ans	la personne dont l'enfant figure sur sa carte VITALE
Faire adhérer un membre de votre famille	l'intéressé s'il s'agit d'une personne majeure ou le parent sous le numéro duquel il est affilié pour un mineur

2 Vous souhaitez

- Si la demande d'affiliation concerne la personne qui a complété le cadre 1, vous devez préciser la date à laquelle l'adhésion doit démarrer.
- Si vous souhaitez inscrire des enfants de moins de 20 ans sur le contrat, vous devez :
 - * préciser la date à laquelle leur adhésion devra être effective
 - * compléter le tableau afin de fournir les informations nécessaires à l'affiliation de votre ou de vos enfants.

3 Pièces à joindre obligatoirement

Pour que l'affiliation puisse être prise en compte par la mutuelle, vous devez impérativement fournir, en même temps que le bulletin d'affiliation, les pièces justificatives demandées :

- * Copies des attestations d'assuré social des personnes à couvrir
- * Copies des cartes d'identités recto-verso des personnes majeures à couvrir
- * Relevé d'Identité Bancaire pour le paiement des prestations
- * Mandat de prélèvement accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire pour le règlement des cotisations
- * Extrait d'acte de naissance à fournir uniquement si ajout de nouveau né
- * Le devoir de conseil complété dans son intégralité et signé
- * Pour les enfants poursuivant leurs études, joindre un certificat de scolarité à partir du 16^{ème} année anniversaire de l'enfant

4 Pour vous contacter

Cette zone est essentielle. Elle a pour objet de permettre les contacts entre la mutuelle et vous.

5 Informations Frais de Gestion

Ratio des prestations/cotisations : 84,6 %

Ratio Frais de gestion : 14,19 %

" Le ratio : prestations liquidées / cotisations émises HT, représente la part des cotisations afférentes à votre garantie qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant aux dites garanties.

Le ratio : frais de gestion / cotisations HT, représente la part des cotisations afférentes à votre garantie qui est utilisée pour le financement des frais de gestion de la mutuelle

Le ratio : frais de gestion / cotisations HT, est ensuite détaillé pour permettre de visualiser la part respective de chacune des tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles, cela concerne :

* la conception des contrats, leur commercialisation, leur souscription, et enfin leur gestion, c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles."

Concernant la résiliation infra-annuelle, la dénonciation du contrat prend effet un mois après la réception de la demande. (date du cachet de La Poste)

SIGNATURE :