



**BULLETIN D'ADHESION**  
**GARANTIES FRAIS DE SANTE**  
**Contrat d'assurance répondant aux exigences du**  
**contrat solidaire et responsable**

Cadre réservé à la Mutuelle :

**Ce présent bulletin d'adhésion doit être accompagné de:**

- une photocopie actualisée de l'attestation délivrée par le régime obligatoire d'assurance maladie
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne
- un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé le cas échéant

**IDENTIFICATION DU MEMBRE PARTICIPANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Numéro de Sécurité sociale: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf (veuve)     Marié(e), PACSé(e), concubin(e)

Lieu de résidence:                     EHPAD / USLD     FAM     Domicile     Autre: \_\_\_\_\_ (A préciser)

Mesure de protection juridique:     NON     OUI  
Niveau de la mesure juridique:     Tutelle     Curatelle renforcée     Curatelle     Sauvegarde de Justice

Interlocuteur pour la gestion du contrat	
Nom et Prénom: _____	Fonction: _____
Coordonnées pour les correspondances	
Etablissement: _____	_____
Adresse: _____	_____
Code postal : _____	Ville : _____ Téléphone : _____

**AUTRES PERSONNES A ASSURER**

Qualité	Numéro de Sécurité sociale	Nom et Prénom(s)	Sexe (M ou F)	Date de naissance	Régime d'affiliation
Conjoint ou assimilé	-----	-----	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____	-----
Enfant	-----	-----	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____	-----
Enfant	-----	-----	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____	-----

**GARANTIE CHOISIE**

Cocher et compléter la garantie     Gamme EHPAD, niveau \_\_\_\_     Garantie EMS     Autre : \_\_\_\_\_ (A préciser)

**MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Mode de paiement :                     Prélèvement     Chèque     Virement  
Périodicité :                             Mensuel     Trimestriel     Semestriel     Annuel  
Choix du jour du prélèvement :     Le 5     Le 10     Le 15

En cas de paiement par virement bancaire, la Mutuelle Europe établira, en fonction de la périodicité choisie, un appel de cotisations individuel auprès de l'établissement.

**PAIEMENT DES PRESTATIONS**

Je souhaite recevoir les prestations, sur :  
 le même compte bancaire que les cotisations  
 un compte bancaire différent de celui des cotisations (joindre un RIB à cet effet)

**En cas de paiement des prestations sur des comptes bancaires différents pour chaque bénéficiaire, veuillez nous fournir un relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne, avec IBAN, pour chaque personne, en nous précisant le nom et prénom sur chaque document.**

Mutuelle EUROPE – 44 Rue d'Amsterdam 75311 Paris Cedex 09    Tél: 01 53 15 74 82    Fax : 01 53 15 74 89  
E-mail : [contact@mutuelle-europe.com](mailto:contact@mutuelle-europe.com)

## DROIT DE RETRACTATION

Toute personne physique ayant adhéré, dispose d'un délai de 30 jours pour se rétracter au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

**NB :** Toutefois, l'adhérent ne peut faire usage de son droit de rétractation s'il a lui même (ou l'un de ses ayants droit) commencé à exécuter le contrat (engagé des soins ou reçu des prestations) avant l'expiration de son délai de rétractation. La renonciation doit être adressée par écrit au siège de la Mutuelle Europe – 44 rue d'Amsterdam 75009 Paris, selon modèle ci-dessous.

### Modèle de lettre -pour information - A NE PAS REMPLIR

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare renoncer à mon adhésion souscrite en date du \_\_/\_\_/\_\_ à la Mutuelle Europe.

Je vous serai obligé de procéder au remboursement des sommes versées lors de la souscription, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la présente lettre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS LÉGALES

### **Prestations contenues dans votre garantie**

Le tableau des prestations vous a été remis avec votre devis. Le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants vis à vis de chaque membre participant et ses ayants droit.

### **Cotisations**

En application de l'Article R212-9 du Code de la Mutualité et de l'Article 8 (2ème alinéa) du règlement mutualiste de la Mutuelle Europe, nous devons porter à votre connaissance le fait que la Mutuelle Europe pratique des cotisations variables dans la limite d'une fois et demie la cotisation proposée, dans l'année en cours dans la catégorie choisie. NB: ce dispositif d'urgence n'a été utilisé qu'une fois en 2007, pour une catégorie très ancienne et pour une augmentation de 10% en cours d'année du fait d'une consommation anormale de prestations, notamment en hospitalisation.

### **Nullité de la garantie**

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie 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.**

### **Télétransmission**

Sauf opposition expresse de votre part, vous bénéficiez d'un système de télétransmission automatique des remboursements de frais de santé entre votre régime obligatoire et la mutuelle.

### **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61 rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 09. – [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr).

### **Informatique et libertés**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des garanties frais de santé dont bénéficie le membre participant, par la Mutuelle EUROPE conformément à son objet. Le membre participant ainsi que toute personne concernée 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 ou de rectification en s'adressant par écrit à la mutuelle, à l'adresse de son siège social.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle Europe, de son Règlement Mutualiste, de la notice d'information concernant mon droit à rétractation, des fiches produits des garanties choisies et du tarif des cotisations applicables. J'autorise la Mutuelle Europe à échanger des données me concernant avec les organismes de Sécurité sociale et les professionnels de santé, dans le but unique de gérer mon dossier d'adhérent et celui de mes bénéficiaires éventuels.

Après en avoir pris connaissance, je déclare en accepter les termes.

DATE D ADHESION SOUHAITEE : 01/\_\_\_/20\_\_

FAIT A \_\_\_\_\_, LE \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
SIGNATURE de l'adhérent ou de son représentant légal  
(précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

DOCUMENT INDISPENSABLE POUR LE PRÉLÈVEMENT DES COTISATIONS

Jour de prélèvement :  Le 5  Le 10  Le 15

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**  
Veuillez compléter la zone grisée (attention : toute rature rendra impossible l'enregistrement de l'adhésion).  
JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (IBAN/BIC)

Mandat de  
prélèvement  
SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mutuelle Europe à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Europe. 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.

Référence Unique du Mandat (RUM) : .....

Débiteur : (B)

Votre nom .....  
Votre adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Pays .....

Créancier : (A)

Nom : **Mutuelle Europe**  
Adresse : **44 rue d'Amsterdam**  
Code postal : **75009** Ville : **Paris**  
Pays : **France**  
Identifiant créancier SEPA : **FR49ZZZ284114**

BIC

IBAN

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

Choix du prélèvement : Je désire que ma cotisation soit prélevée d'avance :

par mois  par trimestre  par semestre  par an

A : ..... Le : .....

Signature :

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

**Veuillez compléter la zone grisée du mandat**