



# 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



**Mutuelle du CHU**  
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

## 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

### N° Adhérent :

#### IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

NOM / PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE 

--	--	--

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° 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

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

DATE D'EFFET : 

--	--	--

ÊTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT CHEZ NOUS OU À UN AUTRE ORGANISME 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 : \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : 

--	--	--	--	--	--	--	--

 CLÉ 

--	--

RÉGIME : \_\_\_\_\_ PROFESSION : \_\_\_\_\_

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

SI OUI, L'ÉTABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT CHEZ NOUS OU À UN AUTRE ORGANISME 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° SÉCURITÉ SOCIALE
ENFANT			
ENFANT			
ENFANT			
ENFANT			

\* Pour l'inscription d'un nouveau-né, une durée de soucription 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 la 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 »

### RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Offre de bienvenue : \_\_\_\_\_

Carence : 6 mois  Minoration : ALD  N. imp.  Majoration 10 %  Majoration 15 %  Correspondant

Option : H01448  H01431  H01444  H01446  H01445  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.

A large, light orange hexagonal graphic with rounded corners, centered on the page. It has a thick border and a white center.

**Pour consulter vos garanties :**

**[www.mutuelle-chu-63.fr](http://www.mutuelle-chu-63.fr)**

**[mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr](mailto:mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr)**