

Bulletin d'adhésion

Informations PLEYEL SANTE

- ADHÉSION** Vente à distance
 MODIFICATION Changement de garantie

- TFIN
 Ajout enfant
 Ajout conjoint

Numéro adhérent

Courtier **E04CM2401**

1 OUI, je souhaite adhérer

Civilité : M Mme

Statut : **RETRAITE(E) RESIDENT AU PORTUGAL**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale française :

Régime d'assurance maladie :

Précisez :

- GENERAL** **TNS** **AUTRE**
 SNS (Serviço Nacional de Saúde)

Aviez-vous une mutuelle ? OUI NON

Situation familiale :

Si OUI, date de radiation¹ :

- Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)
 Marié(e) Séparé(e) Union libre ou Pacsé(e)²

¹ Joindre, le cas échéant, un certificat de radiation pour l'exemption des délais d'attente.

² Joindre un certificat de concubinage (ou à défaut une déclaration sur l'honneur de vie commune) ou le pacte civil de solidarité si vous êtes pacsé.

2 Je souhaite garantir mon(ma) conjoint(e) ou concubin(e) immatriculé(e)

Civilité : M Mme

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale française :

Inscrivez son propre numéro (à défaut, dans le cadre 4 - Personne (s) à charge)

Régime d'assurance maladie :

Précisez :

- GENERAL** **TNS** **AUTRE**
 SNS (Serviço Nacional de Saúde)

Aviez-vous une mutuelle ? OUI NON

Statut :

Précisez :

Si OUI, date de radiation¹ :

- RETRAITE(E)** **AUTRE**

¹ Joindre, le cas échéant, un certificat de radiation pour l'exemption des délais d'attente.

3 Adresse

Adresse de résidence principale :

Code Postal : Ville : Pays :

E-mail :

Tél. domicile : Tél. mobile : Tél. mobile conjoint(e) / concubin(e) :

Indicatif pays : Indicatif pays : Indicatif pays :

Bulletin d'adhésion

4 Enfant(s) ou personne(s) à charge à inscrire

Nom, Prénom	Date de naissance	N° d'immatriculation

5 Garantie choisie (pour l'ensemble des bénéficiaires)

AGIR MELÃO

AGIR LIMÃO

AGIR MIRTILO

AGIR MORANGO

ASSISTANCE MOBILITE INTERNATIONALE

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

6 Votre adhésion

Je souhaite l'échéance suivante pour ma cotisation : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Le montant de la cotisation sera de : € Je demande que ma cotisation soit prélevée d'avance le 10 de chaque mois d'échéance.

7 Date d'effet de la garantie

0 | 1 | | | | | |

Sous réserve, le cas échéant, des délais d'attente prévus pour certaines prestations et de la réception du certificat de radiation ainsi que de l'encaissement de la première cotisation. Ce contrat est conclu dans le cadre d'une vente à distance. Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour vous rétracter.

L'adhésion à cette gamme Santé entraîne l'adhésion automatique à la garantie Assistance Mobilité Internationale.

- Je déclare avoir reçu un exemplaire du règlement mutualiste Santé, des statuts de la Mutuelle ainsi que du descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions et un exemplaire de la notice d'information de la garantie Assistance Mobilité Internationale. 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 et exacts et ne sont pas susceptibles de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle.
- Je dispose à tout moment de la possibilité d'adresser une réclamation par courrier à : MIPCF / PLEYEL SANTE - Service Réclamation - 187, boulevard Anatole France - 93200 SAINT-DENIS.
- Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/78 modifiée, 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 : MIPCF / PLEYEL SANTE - 187, boulevard Anatole France 93200 SAINT-DENIS.

Fait à Paris le | | | | | | |

courtier conseil

Signature de l'adhérent(e) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CAPITONE SAS
Courtier en assurances
231 rue Saint Honoré
75001 PARIS
+33 (0)7 67 04 10 20 / +212 (0)6 11 31 49 49
informations@capitone.fr - www.capitone.fr
RCS Paris : 839 134 863
N° ORIAS : 18004392 - Code APE : 6622Z

Devoir d'information et de conseil

Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la loi du 15 décembre 2005 et son décret d'application du 30 août 2006 ont mis en avant la nécessité d'un renforcement de la protection et du service des futurs assurés. Ce diagnostic nous est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance et d'adapter ainsi notre offre à votre situation.

1 Courtier conseil

CAPITONE SAS
Courtier en assurances
231 rue Saint Honoré - 75001 PARIS
+33 (0)7 67 04 10 20 / +212 (0)6 11 31 49 49
informations@capitone.fr - www.capitone.fr
RCS PARIS : 839 134 863 - N° ORIAS : 18004392 - Code APE : 6622Z

2 Informations légales

L'immatriculation peut être vérifiée auprès de :

ORIAS : Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances
1 rue Jules Lefebvre - 75331 PARIS Cedex 09 - Tel : +33 (0)1 53 21 51 70 / www.orias.fr

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du Code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance ou de mutuelles partenaires privilégiés de notre cabinet. Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées sur simple demande de votre part. En cas de réclamation n'hésitez pas à nous contacter. Il est enfin rappelé les coordonnées de notre autorité de contrôle :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

3 Vos informations personnelles

Civilité : M Mme Statut : **RETRAITE(E)**

Nom : Prénom :

Adresse de résidence principale :

Code Postal : Ville : Pays :

E-mail :

Tél. domicile : Tél. mobile : Tél. mobile conjoint(e) / concubin(e) :

Indicatif pays : Indicatif pays : Indicatif pays :

4 Personnes à inscrire sur le contrat

	Date de naissance	Sexe	
Vous :	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Votre conjoint(e) :	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
1er enfant :	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
2ème enfant :	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
3ème enfant :	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
4ème enfant :	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>

Devoir d'information et de conseil

5 Expression de vos besoins

Souhaitez-vous une couverture :

- pour l'ensemble des postes : hospitalisation, honoraires, pharmacie, dentaire, optique, appareillage, bien-être, prévention...etc ?
- pour l'ensemble des postes mais dans le cadre d'une consommation modérée pour la pharmacie, le dentaire et l'optique ?
- pour certains postes importants et coûteux : hospitalisation, dentaire et optique ?

6 Si vous souhaitez apporter d'autres informations spécifiques

7 Indiquez la solution sélectionnée

Compte tenu de ce diagnostic nous vous recommandons de souscrire la garantie proposée par AGIR SANTE :

Inscrivez en toutes lettres la formule choisie
Melão, Limão, Mirtilo ou Morango

8 Date d'effet de la garantie

0 | 1 | | | | | |

En fonction de la garantie choisie, cette date d'effet peut être différente de la date d'effet de certaines prestations soumises à des délais d'attente.

Vous trouverez, joint à ce diagnostic, un projet personnalisé présentant notre offre avec la cotisation et accompagné du détail de la garantie et des documents contractuels. Vous avez pris connaissance de toutes ces pièces et vous en acceptez les dispositions.

Vous reconnaissez également avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion à la garantie proposée ci-dessus et en avoir conservé un exemplaire.

Vous reconnaissez enfin avoir choisi librement la garantie qui correspond à vos besoins de protection, à votre situation personnelle et professionnelle, à votre budget et situation financière et avoir obtenu réponse à vos différentes questions au regard de l'obligation de conseil.

Nous vous informons que dans le cadre d'une vente à distance, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la conclusion du contrat, pour vous rétracter. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'organisme assureur, sur le modèle suivant, daté et signé : « Je soussigné(e), ..., demeurant ... demande à renoncer à mon adhésion et à recevoir, le cas échéant, le remboursement intégral de la cotisation déjà versée. ».

Fait à Paris le

| | | | | | |

courtier conseil

Signature de l'adhérent(e) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CAPITONE SAS

Courtier en assurances
231 rue Saint Honoré
75001 PARIS

+33 (0)7 67 04 10 20 / +212 (0)6 11 31 49 49
informations@capitone.fr - www.capitone.fr
RCS Paris : 839 134 863
N° ORIAS : 18004392 - Code APE : 6622Z

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **MIPCF / PLEYEL SANTE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **MIPCF / PLEYEL SANTE**.
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.

■ Créancier

MIPCF / PLEYEL SANTE

187 boulevard Anatole France
93200 SAINT-DENIS - FRANCE

Identifiant créancier SEPA

FR15ZZZ429062

■ Débiteur

Civilité : M Mme M et/ou Mme

Nom :

Prénom :

Adresse du/des titulaire(s) du compte figurant sur votre relevé d'identité bancaire (RIB)

Code Postal :

Ville :

Pays :

■ Coordonnées du compte à débiter

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** :

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

Code international d'identification de votre banque - **BIC** :

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

■ Type de paiement et signature

Type de paiement :

PAIEMENT RECURRENT

Fait à Paris le

Signature

Récapitulatif & justificatifs

1 Avez-vous complété, daté, paraphé et signé ?

- Le bulletin d'adhésion (complété, daté et signé)
- Le devoir d'information et de conseil (complété, daté et signé)
- Le mandat de prélèvement SEPA (complété, daté et signé)

2 Avez-vous joint à votre demande ?

- Un relevé d'identité bancaire (RIB de votre compte en FRANCE ou au PORTUGAL - OBLIGATOIRE).
- Si vous êtes adhérent au SNS (Serviço Nacional de Saúde), joindre l'attestation du SNS.
Si plusieurs assurés sociaux merci de nous joindre la copie de l'attestation où figurent tous les ayants droit.
- Si vous êtes adhérent au REGIME GENERAL, joindre l'attestation de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).
Si plusieurs assurés sociaux merci de nous joindre la copie de l'attestation où figurent tous les ayants droit.
- Si vous êtes adhérent à un REGIME SPECIAL, joindre l'attestation de votre Caisse : MSA, MGEN, MAEE...etc.
Si plusieurs assurés sociaux merci de nous joindre la copie de l'attestation où figurent tous les ayants droit.
- Si vous souhaitez que nous nous chargions de la résiliation de votre mutuelle actuelle en cours :
 - Le modèle de lettre de résiliation (à votre disposition sur notre site internet) complété, daté et signé, que nous adresserons à votre mutuelle en courrier recommandé avec accusé de réception,
 - En cas de résiliation pour «*changement de situation*» ajoutez toutes les copies des justificatifs nécessaires.
- Si vous aviez une mutuelle : le certificat de radiation de votre ancienne mutuelle (la radiation doit dater de moins de 2 mois).
- Si vous êtes en concubinage : le certificat de concubinage (ou à défaut une déclaration sur l'honneur de vie commune).
- Si vous êtes pacsé(e) : le pacte civil de solidarité (PACS).
- Si votre enfant de moins de 28 ans est apprenti : le contrat d'apprentissage et son attestation de Sécurité Sociale française.
- Si votre enfant de moins de 28 ans est étudiant, en contrat de qualification ou d'alternance : un certificat de scolarité, le contrat d'alternance ou de qualification et son attestation de Sécurité Sociale française.

3 Où envoyer votre demande d'adhésion ?

EN FRANCE

AGIR SANTE
98 route de la Reine
92100 BOULOGNE BILLANCOURT - FRANCE