

à retourner à **MIEL Mutuelle** • 11 rue du Gris de Lin • 42021 Saint-Étienne Cedex 1

Merci de vous référer à la page 11 pour connaître les pièces justificatives à nous fournir

**AFFILIATION**  **MODIFICATION**  **RADIATION**

1 NOM - PRÉNOM	ADRESSE
_____	_____
_____	_____
_____	_____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
_____	FIXE _____
_____	PORT. _____
DATE DE NAISSANCE	E.MAIL _____
____/____/____	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU SALARIÉ	
MATRICULE _____	LIEU DE TRAVAIL _____
NATURE DU CONTRAT : <input type="checkbox"/> DÉTERMINÉ <input type="checkbox"/> INDÉTERMINÉ	

Demande à adhérer à MIEL Mutuelle à compter du 0/1/2 00  
ainsi qu’au contrat Garantie frais d’obsèques gérée par Carcept Prévoyance et à la Garantie Assistance gérée par Ressources Mutuelles Assistance.

**2 Je choisis le niveau\*** :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

**3 Je dépends du** :  Régime général  Régime Alsace Moselle

**Je suis** :  Salarié  Gérant ou co-gérant mandataire

4 PERSONNES À CHARGES POUR LESQUELLES JE DEMANDE LA GARANTIE DE LA MUTUELLE PLUS DE MOI-MÊME			
NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\* Un seul et même niveau par contrat.

Attention : le choix des niveaux s’opère sur une durée minimale : niveau 2 : 2 ans ; niveau 3 : 3 ans ; niveau 4 : 4 ans, à l’exception du transfert du niveau 1, du niveau 2 ou du niveau 3 vers des niveaux plus élevés.

Toutes les zones de ce bulletin doivent être obligatoirement et correctement remplies, toute anomalie pouvant entraîner des erreurs soit dans la mise à jour de votre dossier soit dans le paiement de vos prestations.

**Je souhaite bénéficiaire de la télétransmission**  
(transmission automatique des décomptes par le Régime Obligatoire)

**Je souhaite bénéficiaire du tiers payant**  
(pour éviter l’avance des frais)

Je joins **obligatoirement** :

- Copie de mon attestation Vitale ou de mon régime d’obligation ainsi que celle de mes ayants droit.
- Un Relevé d’Identité Bancaire.
- Les pièces relatives à l’inscription citées à la page 11 de cette notice d’information

*Je m’engage à me conformer aux statuts et au règlement mutualiste de MIEL Mutuelle qui m’ont été remis.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature

### INFORMATIONS LEGALES

Vous acceptez de recevoir les informations relatives à vos garanties ainsi que nos informations commerciales sur l’adresse de messagerie indiquée.

Vous pouvez à tout moment et gratuitement vous opposer à cette utilisation en écrivant au siège de la mutuelle. Vous êtes informés que pour des besoins de gestion, des données relatives à votre dossier peuvent être communiquées à nos prestataires.

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données nominatives vous concernant en vous adressant à :

MIEL Mutuelle 11 Rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 Tél. : 04.77.49.36.80 Fax : 04.77.49.35.48

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l’assuré ou de l’adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l’article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l’indemnité en s’adressant à l’organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).