



# BULLETIN D'AFFILIATION

ACTIOM : Action de Mutualisation pour l'amélioration du Pouvoir d'Achat Association loi 1901  
ZI Chantelouseau - 33140 VILLENAVE D'ORNON - N° Préfecture : W332016997



A retourner à

ADHÉSION  AVENANT

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | | |

## ADHÉRENT

Code : .....  
Cadre réservé à l'Association Actiom

Nom : ..... Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : Domicile : ..... Professionnel : ..... Portable : .....

Adresse E-mail : Privée : ..... @ ..... Professionnel : ..... @ .....

Je suis un Particulier

Je suis Travailleur Non Salarié :

- Je souscris à l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) créée à l'effet de me permettre de bénéficier des avantages fiscaux de la loi Madelin.

- Je donne mandat au représentant dûment habilité de MIEL Mutuelle pour me représenter dans les structures de l'ANIP.

- Je déclare avoir bien pris connaissance que cette adhésion est totalement gratuite.

## INFORMATIONS SUR LES PERSONNES A ASSURER

	Identité	Sexe (M/F)	Date de naissance	Référence d'assuré social	
				Code Organisme	Numéro de Sécurité sociale
Adhèrent	Nom : Prénom :		__ / __ / __		
Conjoint	Nom : Prénom :		__ / __ / __		
Enfant 1	Nom : Prénom :		__ / __ / __		
Enfant 2	Nom : Prénom :		__ / __ / __		
Enfant 3	Nom : Prénom :		__ / __ / __		

## SERVICES OFFERTS

- Télétransmission
- Réseaux dentaire, optique et audioprothèse Carte Blanche (plus d'informations sur votre espace sécurisé affiliés)
- Tiers payant (ce service évite l'avance d'argent auprès des professionnels de santé)
- MIEL Mutuelle Assistance
- Service de prise en charge et analyse de devis
- Votre espace sécurisé affiliés : je crée gratuitement mon espace personnel pour consulter mon contrat, mes garanties, mes remboursements...

**Option dématérialisation** : je m'engage dans une démarche écologique et économique et j'accepte de recevoir mes documents contractuels d'information MIEL Mutuelle par e-mail (e-mail privé par défaut).  
Je profite de 20€ sous la forme d'un avoir valable une seule fois pour toute affiliation active.

### Pièces à joindre avec votre bulletin d'affiliation

Photocopie de l'attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale, pour chaque bénéficiaire, Relevé d'Identité Bancaire Postal ou Caisse d'Epargne, attestation de scolarité pour les enfants âgés de 20 à 25 ans, justificatif pour les enfants handicapés de plus de 25 ans, justificatif en cas d'ACS (Aide à l'Acquisition Complémentaire Santé).

## GARANTIES CHOISIES / COTISATION

• Je choisis le niveau de garanties :  ECONOMIE  SECURITE  CONFORT

• Cotisation mensuelle : ..... €

Hors frais d'adhésion à l'association ACTIOM pour un montant de 10€ annuel

Hors Aide à l'Acquisition Complémentaire Santé (ACS) dont le montant s'élève à : €

## MODE DE REGLEMENT DE VOS COTISATIONS

- par chèque annuel (par année civile, joindre votre chèque à l'ordre de MIEL Mutuelle)
- par prélèvement automatique (remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous):
  - mensuel  trimestriel  semestriel  annuel / Echéance :  5  15

• Je demande à adhérer à l'association ACTIOM et être affilié(e) au contrat Ma Commune Ma santé, assuré et géré par MIEL Mutuelle, ainsi qu'au contrat Garantie frais d'obèques assuré par Klésia Assurances\* et à la Garantie Assistance\*\* assurée par Mutuaide Assistance.

• Je joins obligatoirement les pièces justificatives précisées dans ce document.

• Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales, du Règlement Mutualiste et des Statuts de MIEL Mutuelle qui m'ont été remis ce jour.

• Je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires en cas de vente à distance et de 7 jours francs en cas de démarchage à domicile.

Fait à .....  
Le | | | | | | | |  
Signature de l'affilié :

\*Garantie Obèques • Produit Klésia Assurances dont MIEL Mutuelle est gestionnaire • 174 rue de Charonne 75011 PARIS / \*\*Assureur pour la garantie Assistance • Mutuaide Assistance • Entreprise régie par le Code des Assurances • S.A. au capital de 9 590 040 € • 383 974 086 RCS Créteil, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taibout 75009 PARIS • Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 BRV SUR MARNE CEDEX

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

récurrent

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area), vous autorisez MIEL Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MIEL Mutuelle. 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, ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Civilité / Nom / Prénom du débiteur	MIEL Mutuelle FR72ZZZ391079 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 FRANCE
Entrée, bat, immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu dit	
Code Postal / Ville / Cedex / Pays	Signé à ..... Le
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	

Mutuelle soumise aux dispositions du livre I (du code de la mutualité - Mutuelle fondée le 15 février 1905 - Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 776 398 786 N° SIRET : 776 398 186 00025 - CC-PC LYON 1067 - 62 U / MIEL Mutuelle : 11 Rue du Gris de Lin - 42021 Saint-Etienne Cedex 1, Conception E. GINTRAS