



Ma Commune Ma Santé

Contrat collectif facultatif « Frais de santé » souscrit par ACTIONM

Action de Mutualisation en vue de l'amélioration du pouvoir d'achat
Siège social : ZI Chanteloiseau Anteloise, rue Roger Lapébie, 33140 Villenave-d'Ornon
www.macommunemasante.org - macommunemasante@groupesofaraco.com - Tél. 05 57 35 57 37
Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin

BULLETIN D'AFFILIATION

À RENOYER À :

Code :
[] Adhésion [] Modification N° d'adhérent :
[] Contrat Loi Madelin (1)

NOM : PRÉNOM :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. dom : Tél. port. : N° de Sécurité sociale :
E-mail :

- J'accepte de recevoir d'autres offres de l'Association ACTIONM
Je suis averti par mail à chaque remboursement sur mon compte bancaire (A défaut d'e-mail par SMS)

Je demande mon adhésion et celle des membres de ma famille nommés ci-dessous à partir du
Cotisation mensuelle : €
Tarification valable jusqu'au 31 décembre 2015
Hors frais d'adhésion à l'Association ACTIONM (10€/an)

L'affiliation au présent contrat entraîne mon adhésion et celle des membres de ma famille désignés ci-dessous à l'Association ACTIONM souscriptrice du contrat.

Table with 5 columns: Nom, Prénom, Date de naissance, Sexe, Garantie choisie

Les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ou de modification de votre garantie, ne sont pas pris en charge par Pavillon Prévoyance. 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.

SOLIDARITÉ D'AQUITAINE - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, Siren n° 781 848 221, substituée par : PAVILLON PRÉVOYANCE 90 avenue Thiers CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex

Pièces à joindre avec votre bulletin d'affiliation : • Photocopie de l'attestation papier jointe à votre carte Vitale pour vous et les membres de votre famille. • Certificat de radiation de l'organisme d'assurance maladie complémentaire précédent le cas échéant. • Mandat de prélèvement SEPA complété, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal. • Justificatif de domicile. • Attestation de scolarité pour les enfants de 16 à 28 ans ou avis d'imposition s'ils sont fiscalement à charge. • Attestation A.C.S. • Formulaire Devoir de conseil signé. • Attestation RSI à jour des cotisations.

Je demande le prélèvement automatique pour payer mes cotisations :

[] Par mois [] Par trimestre [] Par semestre [] À l'année
À la date du : [] 5 [] 10 [] 15

Je reconnais avoir reçu du souscripteur un exemplaire des statuts et de la notice d'information du contrat.

À le / /

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

MANDAT de Prélèvement SEPA Paiement récurrent
Référence Unique du Mandat
N° I.C.S. FR23ZZZ487215
NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER
R.I.B. Code établissement Code guichet N° du compte Clé RIB
I.B.A.N.
Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Vertical text on the right edge of the page.

Édition 2014 - BA MCMS