



BULLETIN D'ADHESION

Tél : 03 90 22 25 80
Fax : 03 90 22 25 84
Courriel : info.pmf@sfr.fr

« ENTITÉ CFTC »

ADHÉRENT :

CONJOINT :

..... Nom
..... Prénom
..... Date et lieu de naissance
..... Situation familiale
..... N.I.R.P.P. (Numéro INSEE)

Nature du Régime Obligatoire

Sécurité Sociale régime général	<input type="checkbox"/>	Sécurité Sociale régime général	<input type="checkbox"/>
Sécurité Sociale régime Als. Moselle	<input type="checkbox"/>	Sécurité Sociale régime Als. Moselle	<input type="checkbox"/>
Caisse de Prévoyance de la SNCF	<input type="checkbox"/>	Caisse de Prévoyance de la SNCF	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/>

Adresse de domiciliation

N° Rue :
Code Postal : Localité :
Téléphone : Portable :
Courriel : Fax :
Dénomination du Syndicat CFTC Code INARIC :

Autres ayants droits

Nom Prénom : Date de naissance :
.....
.....
.....

Je sollicite l'adhésion à la **PROTECTION MUTUELLE ET FAMILIALE** « Entité CFTC » pour les personnes ci-dessus et m'engage à en respecter les statuts.

Je reconnais avoir eu, lors de ma souscription, le règlement mutualiste, un exemplaire des Statuts et le Tableau des Prestations.

Date d'adhésion : .../.../..... (Renouvellement annuel à l'échéance au 31 décembre par tacite reconduction). Pour un montant mensuel à l'adhésion de Euros.

Dans la catégorie de prestations : Prestations Simples
 Prestations Normales
 Prestations Améliorées
 Prestations Supérieures (Conditions particulières à l'adhésion : Voir au verso.)

Prière de joindre :

- **un relevé d'identité bancaire et le mandat de prélèvement dûment signé**
- **une copie de votre attestation d'ouverture des droits du Régime Obligatoire de moins de 6 mois, reprenant l'ensemble des assurés,**
- **une copie de la carte d'identité recto/verso de l'ensemble des assurés,**
- **un certificat de radiation de votre Mutuelle précédente.**

Fait à le

Mutuelle précédente

Pour l'adhérent
Signature :

Pour la Protection Mutuelle et Familiale
Signature :

Adhésion parrainée par
.....

**ASSURÉS AFFILIÉS à la CPAM ou à un Régime Obligatoire acceptant la télétransmission comme :
Caisse de Prévoyance SNCF, Régime local Alsace Moselle**

J'autorise par ma signature la PMF à récupérer auprès de ma Caisse Maladie du Régime Obligatoire les informations nécessaires au remboursement de mes soins au titre de mon règlement mutualiste pour les opérations individuelles (cette démarche me dispense d'envoyer les décomptes à la PMF).

Signature :

DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans la cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement mutualiste ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de ce contrat pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée envoyée à l'adresse suivante :
La Protection Mutuelle et Familiale - 30 rue Kageneck - 67000 STRASBOURG

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) : Nom..... Prénom.....

Adresse complète

déclare renoncer à mon adhésion n° que j'ai souscrit le

A..... le .. / .. / Signature :

CONSENTEMENT COMMERCIAL

Le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel renforce le cadre légal régissant le traitement des données à caractère personnel et vise à protéger les personnes concernées.

J'accepte que les données personnelles soient utilisées à des fins commerciales internes par la PMF pour améliorer mes garanties durant toute mon adhésion.

Signature :

Conditions particulières à l'adhésion en catégorie supérieure :

Extrait des Statuts

- passage à la catégorie « prestations supérieures » : pour pouvoir en bénéficier, l'adhérent doit avoir été affilié pendant une année minimum en catégorie « prestations améliorées », ou avoir bénéficié depuis un an, de prestations identiques dans la Mutuelle précédente pour les nouveaux adhérents,
- le membre participant affilié à la catégorie des prestations supérieures pour « l'Entité CFTC » qui aura opté pour une catégorie de prestations inférieures, ne pourra plus revenir en catégories prestations supérieures, sauf décision du Conseil d'Administration.