



## BULLETIN D'ADHESION « ENTITÉ LIBRE »

**N° Adhérent :**

La Protection Mutuelle et Familiale est régie par les dispositions du Code de la Mutualité Livre II. Elle s'inscrit dans le « PARCOURS DE SOINS COORDONNES » et dans toutes les conditions prévues par la loi. Elle respecte l'ensemble des dispositions découlant de la législation des contrats dits "responsables et solidaires" et des dispositions du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et complété par les décrets n° 2019-21 et 2019-65 de janvier 2019 (visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires). Elle s'inscrit également dans toutes les dispositions du Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

### Composition de la famille

Nom-Prénom	Date de Naissance	Situation familiale	Régime de S.S.	N° de Sécurité Sociale
------------	-------------------	---------------------	----------------	------------------------


### Adresse de domiciliation

N° ..... Rue : .....

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

N° de téléphone ..... Portable ..... Courriel .....

Je sollicite l'adhésion à la **PROTECTION MUTUELLE ET FAMILIALE « Entité Libre »** pour les personnes ci-dessus et m'engage à en respecter le Règlement Mutualiste et les Statuts. Je reconnais avoir reçu, lors de ma souscription, la fiche d'information et de conseils élaborée lors de l'adhésion, le document d'information sur le produit d'assurance (IPID), la Charte concernant la politique de protection des données à caractère personnel (RGPD), le Règlement Mutualiste 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.**

### Garantie souscrite

Niveaux de garanties :	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
<b>Cochez la garantie souscrite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Pièces à joindre obligatoirement :**
- un relevé d'identité bancaire et le mandat de prélèvement dûment signé,
  - une copie de l'attestation d'ouverture des droits du régime obligatoire de moins de 6 mois pour l'ensemble des assurés,
  - une copie de la carte d'identité recto/verso de l'ensemble des assurés,
  - un certificat de radiation de la Mutuelle précédente dénommée .....

Adhésion parrainée  
par :  
.....  
.

Fait en 2 exemplaires à ..... le .....

Signature de l'adhérent
Signature du Président de la Mutuelle

**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 contrat maladie complémentaire (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 :

**Garantie 4 : Conditions particulières d'adhésion**

*Extrait des statuts*

- passage à la garantie 4 : pour pouvoir en bénéficier, l'adhérent doit avoir été affilié pendant une année minimum en garantie 3, ou avoir bénéficié depuis un an, de prestations identiques dans la Mutuelle précédente pour les nouveaux adhérents,
- le membre participant affilié à la Garantie 4 pour « l'Entité LIBRE » qui aura opté pour une catégorie de prestations inférieures, ne pourra plus revenir en catégories prestations supérieures, sauf décision du Conseil d'Administration.