

**BULLETIN D'ADHÉSION CSMR**  
**AU CONTRAT N° 93006 PNA 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS**

SOLIMUT Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-du-Var Cedex

Référence adhérent SOLIMUT Mutuelle de France antérieure, le cas échéant : 30/11/11 NIA 11/11/11

Les personnes indiquées sont nécessairement ayants droit Camieg (conjoint à faibles ressources, enfants à charge au sens de l'Assurance Maladie).

**INFORMATIONS**

N° de Sécurité sociale	Nom (en majuscules)	Prénom (en majuscules)	Date de naissance
1111111111111111	Adhérent	.....	11/11/11
1111111111111111	Conjoint	.....	11/11/11

Si votre conjoint est ouvrant droit au titre des activités sociales de la CCAS, veuillez indiquer son NIA 11/11/11/11

1111111111111111	1 <sup>er</sup> enfant	.....	11/11/11
1111111111111111	2 <sup>e</sup> enfant	.....	11/11/11

Appartement / étage ..... Résidence / bâtiment .....

N° et voie .....

Lieu-dit .....

Code postal 11111 Commune ..... Pays .....

Fixe domicile 1111111111111111 Mobile 1111111111111111

Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à Mutuelle de France, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr.

E-mail .....

Je souhaite recevoir mes relevés de prestations (par défaut envoi par courriel) :

par courriel  par courrier à mon domicile  par consultation directement sur mon Espace Adhérent

Je souhaite recevoir mes informations réglementaires (par défaut envoi par courriel) :

par courriel  par courrier à mon domicile

**ÉLÉMENTS INDISPENSABLES POUR LE CALCUL DE LA PART DE LA COTISATION À VOTRE CHARGE :**

Réservé à la mutuelle  
Tranche 11/11

Cotisation mensuelle 2019 avant contribution article 25 > Isolé : 44,65 € Famille : 82,98 €

Dernier revenu fiscal de référence 2018 1111111111111111 € (1) Nombre de parts 11/11 (2) Division (1)/(2) 11111111

Je certifie que moi ou mon conjoint\* avons également souscrit un contrat Dépendance en vigueur proposé par la CCAS  Non  Oui

Je certifie que moi ou mon conjoint\* avons également souscrit un contrat Obsèques en vigueur proposé par la CCAS  Non  Oui

Cotisation mensuelle après contribution article 25 : 11/11/11 €

Je suis bénéficiaire de la réduction supplémentaire du fonds IDCP  Non  Oui pour une valeur mensuelle de 11/11 €

Mon conjoint\* est bénéficiaire de la réduction supplémentaire du fonds IDCP  Non  Oui pour une valeur mensuelle de 11/11 €

Cotisation mensuelle finale 11/11/11 € (après réduction IDCP le cas échéant)

\* dans le cadre d'une adhésion à la Formule Famille

**J'ai bien noté que les montants de l'abondement dont je bénéficie et de la réduction éventuelle supplémentaire IDCP dont mon conjoint et/ou moi-même bénéficions concernent l'année 2019 et sont révisables annuellement.**

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information au contrat CSMR 93006 PNA 01.

Je soussigné(e) demande pour moi-même et les personnes ci-dessus désignées l'adhésion à la mutuelle Solimut dont j'ai pris connaissance des statuts.

Je certifie l'exactitude des éléments indiqués. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires de la Solimut et, notamment à transmettre toutes informations me concernant, nécessaires à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes de la Camieg).

Dans le cas contraire, j'informe le Service Adhésion de SOLIMUT Mutuelle de France de mon refus.

Je dispose d'un délai de rétractation d'un mois à compter de la date d'effet de mon adhésion.

**LES PRESTATIONS SERONT PAYÉES PAR VIREMENT ET LES COTISATIONS PRÉLEVÉES SUR LE COMPTE DONT JE JOINS UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB).**

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de SOLIMUT Mutuelle de France.

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de SOLIMUT Mutuelle de France.

Fait à ..... le 11/11/11

Signature de l'assuré(e) :  
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

\*BIA\$MR1\*

