



Mutuelle Familiale de l'Île de France
12, Villa Laugier - 75849 Paris cedex 17
Tél. 01 43 80 06 62 - Fax 01 43 80 06 75

Demande d'adhésion R&B

(MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULE)

N° d'Adhérent :

Adhérent : M. Mme Melle

Nom : Tél.domicile :

Prénom : Tél. portable :

Nom de jeune fille : Email ⁽¹⁾ :

Né(e) le : Situation de famille : Nb d'enfants à charge

Adresse : N° de S.S. de l'adhérent :

Code Postal : Ville : Profession de l'adhérent :

N° de S.S. du conjoint :

Garantie souscrite ⁽²⁾ : B-E 1 B-E 2 B-E 3

Personnes ⁽⁴⁾	NOM	PRÉNOM	Né(e) le	Sexe
Adhérent(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	impossible

- (1) Informations de vos remboursements en temps réel.
- (2) Veuillez préciser la garantie choisie et valable pour tous les membres de la famille. Sans précision de votre part, nous vous affecterons la garantie de couverture la plus étendue
- (3) La déductibilité Madelin est possible si, en tant qu'adhérent vous exercez une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Loi Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application).
- (4) **Joindre obligatoirement l'attestation Vitale à jour des bénéficiaires et le certificat de radiation de votre ancienne mutuelle (s'il y en a un).**

La MFIF dispose conformément à ses statuts et à son règlement du droit d'accepter ou de refuser mon adhésion. En cas d'acceptation par la MFIF, je soussigné, reconnais que ma signature apposée au bas du présent bulletin d'adhésion m'engage contractuellement vis à vis de la mutuelle MFIF et me donne droit à recevoir les prestations contractuelles en contrepartie de mes propres obligations vis à vis de la mutuelle.

Par ailleurs, je déclare expressément adhérer et en devenir membre avec tous les droits et obligations afférents à cette qualité. Cette adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la MFIF et des droits et obligations définis par le règlement situé au verso.

J'autorise la MFIF et les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie concernés, conformément à la commission nationale informatique et liberté, à échanger les renseignements nécessaires à l'exécution simultanée du décompte maladie pour tous les départements concernés. Cette déclaration vaut pour tous les membres de la famille qui adhèrent.

Date	Signature de l'adhérent précédé de "lu et approuvé"
<small>Si le bulletin d'adhésion est reçu avant le 16 du mois, l'adhésion prend effet au 1^{er} du même mois. Si le bulletin d'adhésion parvient après le 15 du mois en cours l'adhésion prend effet le 1^{er} du mois suivant.</small>	

Partie réservée à la mutuelle . Ne rien inscrire.
CATEGORIE : Date d'adhésion : Stages : Ancien N°/parrainage :

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL TRIMESTRIEL SEMESTRIEL ANNUEL

Le débiteur	Compte à débiter	Organisme encaisseur
Nom :	Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB	 12, villa Laugier 75017 Paris N° d'émetteur Banque 409 695
Adresse :	
Code Postal :	Etablissement teneur du compte à débiter	
Ville :	Nom :	
	Adresse :	
	Code Postal : Ville :	

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je réglerai directement avec le créancier.

Prière de retourner cet imprimé à la MFIF, en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP)

A Le Signature du titulaire du compte

