



L'ASSURANCE
DES JEUNES

BULLETIN D'ADHÉSION GARANTIES MEP 2018 / 2019

COMPLÉMENTAIRES SANTÉ « T'AS TOUT » « T'ES BIEN »



CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Code agent

Date de réception

Montant payé

VOTRE ÉTAT CIVIL Mme M.

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Numéro de Sécurité sociale

Date de naissance

Ville de naissance

Département de naissance

Pays de naissance

Nationalité

VOS COORDONNÉES

Adresse N° de voie Type (av, rue, bd,...)

Nom de la voie

Complément 1 (bâtiment, lotissement,...)

Complément 2 (chez M., étage,...)

Code Postal

Ville

Téléphone

Mobile

E-mail

VOS ÉTUDES EN 2018 / 2019

Nom de l'école/université

Ville

Cursus d'études : L M D

Si c'est votre dernière année d'études, cochez la case ci-contre

VOTRE ADHÉSION Cochez la case correspondant à la garantie ou les garanties choisies.

Échéance de toutes les garanties MEP : **31.08.2019**

	Coût mensuel	Période de couverture	Prise d'effet au plus tôt	Période de couverture	Prise d'effet au plus tôt
BASICK <input type="checkbox"/>	6 €	<input type="checkbox"/> 12 mois	01.09.2018	<input type="checkbox"/> 7 mois	01.02.2019
DÉCLICK <input type="checkbox"/>	12 €	<input type="checkbox"/> 11 mois	01.10.2018	<input type="checkbox"/> 6 mois	01.03.2019
PRATICK <input type="checkbox"/>	25 €	<input type="checkbox"/> 10 mois	01.11.2018	<input type="checkbox"/> 5 mois	01.04.2019
DYNAMICK <input type="checkbox"/>	32 €	<input type="checkbox"/> 9 mois	01.12.2018	<input type="checkbox"/> 4 mois	01.05.2019
STRATÉGICK <input type="checkbox"/>	45 €	<input type="checkbox"/> 8 mois	01.01.2019	<input type="checkbox"/> 3 mois	01.06.2019

LE PACK « T'AS TOUT »

LA SURCOMPLÉMENTAIRE « T'ES BIEN »

La garantie « T'es Bien » peut compléter le choix d'une complémentaire santé. Les garanties « T'as Tout » et « T'es Bien » peuvent être souscrites ensembles et indépendamment des complémentaires santé.

Montant de votre complémentaire santé : € X mois = €

Par exemple, pour une complémentaire santé « Pratick » et une période de couverture de 11 mois : 25 € X 11 mois = 275 €.

TOTAL À PAYER : €

*Faites la somme des garanties que vous voulez souscrire.
Une complémentaire santé « Pratick » (11 mois) + une « T'es Bien » : 275 € + 24 € = 299 €.*

MODE DE PAIEMENT

Paiement comptant

Paiement par prélèvement unique remplir obligatoirement le mandat de prélèvement ci-dessous

Espèces Montant : €

Carte bancaire sur place Montant : €

Carte bancaire

Titulaire

N° de carte bancaire

Date d'expiration Cryptogramme (Reportez les 3 derniers chiffres inscrits au dos de votre carte)

Chèque à l'ordre de la MEP

Signature MEP : bon pour reçu

Paiement fractionné par prélèvements récurrents

Les garanties « T'as Tout » et « T'es Bien » sont payables au comptant uniquement.

Vous devez impérativement remplir le mandat de prélèvement européen SEPA au bas de ce bulletin. Attention, le prélèvement n'est pas possible sur les comptes Livret.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Je déclare avoir pris connaissance et être en possession des statuts de la mutuelle, du règlement mutualiste et des informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme assurantiel, conformément à l'article L.221-4 du Code de la mutualité, et disposer d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, conformément aux articles L.221-18 du Code de la mutualité et L.121-29 du Code de la consommation. L'adhésion aux garanties mutualistes de la MEP (hors garanties « T'as Tout » et « T'es Bien ») se renouvelle automatiquement pour 12 mois à la date d'expiration sauf dénonciation par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance et dans tous les cas législativement prévus.

J'accepte que mes données personnelles soient utilisées par la MEP et ses partenaires (Botticelli Web et MIS Santé) et de recevoir des informations sur leurs offres et services.

Fait à

Le

Signature de l'adhérent

PIÈCES À NOUS TRANSMETTRE

1. Le présent bulletin d'adhésion rempli et signé.
2. Un relevé d'identité bancaire au format IBAN pour recevoir vos remboursements.

3. Votre chèque de règlement si vous avez choisi ce mode de paiement.

Mandat de prélèvement européen SEPA

A ne remplir que si vous avez choisi le paiement par prélèvement unique ou récurrent. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MEP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MEP.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Titulaire du compte à débiter (champs obligatoires)

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Type de paiement

Récurrent paiement par prélèvements fractionnés Unique paiement de la totalité de la somme en une fois

Coordonnées bancaires du compte à débiter

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire

Créancier : MEP - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08 - France

ICS : FR34ZZ387689

Identifiant Créancier SEPA

Référence unique du mandat :

Signé à

Date

Signature