



Mutuelle Familiale France et Outre-Mer

## PIÈCES À FOURNIR POUR VALIDER L'ADHÉSION À LA MFFOM

- bulletin d'adhésion dûment rempli et signé ;
- pour justifier de l'état civil de chacun des ayants droit, prière de joindre **une photocopie** :
  - du livret de famille ou,
  - du passeport en cours de validité ou,
  - de la carte nationale d'identité en cours de validité ou,
  - de la carte d'ancien combattant ou de la carte d'invalidé de guerre ou de la carte d'invalidé civil ou,
  - de l'extrait d'acte de naissance de chacun des ayants droit ;
- attestation de la qualité d'ayant droit jointe, s'il y a lieu, accompagné de l'avis de non imposition de l'ayant droit ;
- photocopie de l'attestation de la carte vitale du membre participant et du conjoint, si vous êtes assuré social ;
- les trois derniers bulletins de salaire du demandeur et de son conjoint dans le cas où celui-ci exerce une activité professionnelle ;
- certificat de scolarité pour chaque enfant de 16 ans ou plus, s'il y a lieu ;
- certificat d'appartenance ou de radiation de la précédente mutuelle, s'il y a lieu ;
- demande et autorisation de prélèvement jointe accompagnée d'un RIB ou d'un RIP ;
- relevé d'identité bancaire ou postal du compte ouvert en France, dans les collectivités territoriales d'outre-mer ou dans les territoires d'outre-mer ou assimilés sur lequel vous souhaitez voir verser vos prestations ;
- un premier versement d'un montant correspondant au règlement du 1<sup>er</sup> trimestre de cotisation, augmenté du droit d'admission, s'il y a lieu.

*Ce premier versement doit être effectué même si l'autorisation de prélèvement est jointe au dossier.  
En effet, ce mode de paiement ne pourra être mis en œuvre  
qu'à partir du trimestre civil qui suivra la formalisation de l'adhésion.*

## **CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADHÉSION À LA MFFOM**

### **RÈGLE DE RECEVABILITÉ**

La date de réception du dossier conditionne la date d'adhésion à l'exception des dossiers transmis avec un certificat de radiation d'une mutuelle appartenant à la FNMF ou à la MFP. Les dossiers parvenus après le 16 du mois en cours emportent adhésion à partir du 1<sup>er</sup> du mois suivant. L'adhésion n'est effective que lorsque le demandeur a satisfait à la production de l'ensemble des renseignements et pièces à fournir. Le défaut d'une seule pièce ou d'une signature retarde d'autant le traitement du dossier.

### **CONFIDENTIALITÉ**

La loi Informatique et Liberté s'applique aux informations figurant dans ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du Président de la MFFOM.

# BULLETIN D'ADHÉSION

## à la Mutuelle Familiale France et Outre-Mer

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité immatriculée au RNM sous le N° 784 647 323  
agrée par arrêté du préfet de l'Île-de-France en date du 23 avril 2003

DEMANDE D'ADHÉSION À LA MFFOM

À AFFET DU ..... / ..... / .....  
EN CATÉGORIE .....



CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

### MEMBRE PARTICIPANT

#### ÉTAT CIVIL

M.  Mme  Mlle  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Veuf (ve)

NOM ..... Prénom .....

Nom de jeune fille ..... Nationalité .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à ..... Département ..... Pays .....

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale .....

N° et adresse de votre dernier Centre de Sécurité Sociale .....

Êtes-vous adhérent d'une Mutuelle appartenant à la Fédération Nationale de la Mutualité Française

ou à la Mutualité Fonction Publique  OUI  NON Date de radiation ..... / ..... / .....

Nom et adresse de la Mutuelle .....

Votre adresse en Métropole  
ou dans l'Union européenne

.....  
N° D'APPARTEMENT ou de BOITE AUX LETTRES – ETAGE – COULOIR – ESCALIER ou SERVICE – IDENTITÉ DU DESTINATAIRE

.....  
ENTRÉE – TOUR – IMMEUBLE – BÂTIMENT – RÉSIDENCE – ZONE INDUSTRIELLE

.....  
N° et VOIE ou HAMEAU (Ex : avenue des Fleurs)

.....  
MENTION SPÉCIALE DE DISTRIBUTION ET N° (Ex : BP – TSA – POSTE RESTANTE...) ou LIEU-DIT

.....  
CODE POSTAL ou CEDEX – LOCALITÉ DE DESTINATION ou LIBELLÉ CEDEX – PAYS

Fax ..... Adresse mail .....

Votre adresse hors Métropole  
ou hors Union européenne

.....  
N° et VOIE ou HAMEAU (Ex : avenue des Fleurs)

.....  
MENTION SPÉCIALE DE DISTRIBUTION ET N° (Ex : BP – TSA – POSTE RESTANTE...) ou LIEU-DIT

.....  
CODE POSTAL ou CEDEX – LOCALITÉ DE DESTINATION ou LIBELLÉ CEDEX – PAYS

Fax ..... Adresse mail .....

#### SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi ou fonction .....

Traitement annuel brut .....

Traitement annuel net .....

Nom et adresse de l'employeur .....

Date d'entrée dans l'administration ..... / ..... / .....

JE DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES STATUTS, DU RÉGLEMENT INTÉRIEUR ET DU RÉGLEMENT MUTUALISTE.

A ..... le .....  
(Date et signature du demandeur)

## AYANTS DROIT

### CONJOINT ou CONCUBIN(E)

M.  Mme  Mlle Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille ..... Date et lieu de naissance.....

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale.....

Situation professionnelle actuelle..... Nationalité.....

Nom et adresse de l'employeur.....

### ENFANT(S) À CHARGE

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

### AUTRES AYANTS DROIT À CHARGE

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec le demandeur.....

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec le demandeur.....

Nom et Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec le demandeur.....

A ..... le .....  
(Date et signature du demandeur)

## ATTESTATION DE LA QUALITÉ D'AYANT DROIT (\*)

*Au titre des articles 9-4 et 9-5 des statuts*

**à compléter pour toute personne à la charge du membre participant**

Je soussigné(e) ....., déclare sur l'honneur,  
que M. .... est à ma charge effective, totale et permanente  
et réside sous mon toit depuis le ..... / ..... / .....

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de la MFFOM, tout changement survenant dans la situation exposée ci-dessus.

A ..... le .....  
(Date et signature du demandeur)

(\*) à remplir par le membre participant

# CONTRAT DE PRÉVOYANCE MUTUALISTE "PREMUO" M005

## OBLIGATOIRE

### ÂGÉ(E) DE MOINS DE 45 ANS

Je prends acte de ce que mon adhésion à la MFFOM entraîne mon inscription au contrat de Prévoyance Mutualiste "PREMUO" M005 (prévue à l'article 25 du règlement mutualiste) pour un capital correspondant à 130% de l'assiette annuelle servant de base au calcul de mes cotisations.

Je désigne comme bénéficiaire(s) de mon capital décès :

mon conjoint non séparé de corps par jugement, ni divorcé, à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1<sup>er</sup> degré, à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, à défaut, la Mutuelle Familiale France et Outre-Mer.

ou toute autre formule particulière différente :

### NATURE DES GARANTIES

DÉCÈS AVANT 65 ANS OU AU-DELÀ SI DES ENFANTS À CHARGE SONT GARANTIS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Un capital décès de 130% de l'assiette annuelle de la cotisation "mutuelle-maladie";</li><li>✓ Un capital éducation de 10 125,70 € par enfant à charge ;</li><li>✓ Un capital éducation supplémentaire de 5 062,85 € par enfant ayant bénéficié des 10 125,70 € en cas de décès du conjoint dans les 12 mois qui suivent celui de l'adhérent ;</li><li>✓ Une rente annuelle viagère au profit de l'enfant handicapé non cumulable avec la rente servie en cas d'invalidité permanente et absolue (IPA).</li></ul>
INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE SURVENANT AVANT 65 ANS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Versement d'un capital forfaitaire de 33 750,90 €;</li><li>✓ Rente survie annuelle de 1 755,60 € au profit de l'enfant handicapé.</li></ul>
DÉPENDANCE	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rente mensuelle de 507,20 € en cas d'hospitalisation ;</li><li>✓ Ou rente mensuelle de 253,90 € dans les autres cas.</li></ul>

Je déclare :

- avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat de Prévoyance Mutualiste "PREMUO" M005,
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'effet de mon adhésion au contrat de Prévoyance Mutualiste "PREMUO" M005
- autoriser ma mutuelle et la Mutualité Fonction Publique à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités.

A ..... le .....  
(Date et signature du demandeur)

## CONTRATS 6046 X – GROUPES 2 ET 4 DÉCÈS ET INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE DU CONJOINT OU DU CONCUBIN

facultatif

J'autorise la MFFOM à contracter une assurance en cas de décès de mon conjoint ou concubin et avec son accord pour un capital dont je serai le bénéficiaire et s'élevant à :

- 2 000 €, (GROUPE 2 - (condition : conjoint bénéficiaire de la Mutuelle et âgé de moins de 40 ans),
- 10 000 €, (GROUPE 4) - (condition : conjoint salarié, bénéficiaire de la MFFOM et âgé de moins de 40 ans).

Je suis informé(e) que cette souscription ne pourra plus intervenir après ma propre adhésion, sauf en cas de mariage postérieur à celle-ci ou de naissance d'un premier enfant.

Conformément à l'article L 132-2 du Code des assurances qui dispose que "l'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle si ce dernier n'a pas donné son consentement par écrit", il est indispensable qu'en cas de souscription de la garantie décès conjoint, celui-ci appose sa signature précédée de la mention "VU POUR ACCORD".

A..... le.....  
(Signature du demandeur)

A..... le.....  
(Signature du conjoint, précédée de la mention "vu pour accord")

## CONTRATS 6046 X – GROUPE 5 CONTRAT FRAIS D'OBSÈQUES ENFANT(S)

facultatif

J'autorise la MFFOM à contracter une assurance en cas de décès de mon ou de mes enfant(s) à charge pour un capital de 2 000 € par enfant dont je serai le bénéficiaire.

A..... le.....  
(Signature du demandeur précédée de la mention "lu et approuvé")

## DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à l'annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR			

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

COMPTE À DÉBITER			
Codes		N° du compte	clé RIB/RIP
Établis.	Guichet		

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
<b>MUTUELLE FAMILIALE FRANCE et OUTRE-MER</b> 18, rue Léon Jouhaux 75483 PARIS CEDEX 10

Date  
Signature

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus dans les conditions prévues par la délibération N° 80 du 01/04/80 de la commission informatique et libertés.

**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT** J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

**130.893**

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR			

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
<b>MUTUELLE FAMILIALE FRANCE et OUTRE-MER</b> 18, rue Léon Jouhaux 75483 PARIS CEDEX 10

COMPTE À DÉBITER			
Codes		N° du compte	clé RIB/RIP
Établis.	Guichet		

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Date  
Signature

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier sans les séparer en y joignant **obligatoirement** un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) Postal (RIP) ou Caisse d'Épargne (RICE).