MUTUELLE OCIANE matmut

Mutuelle Ociane Matmut
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité,
immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 434 243 085
Siège social : 35, rue Claude-Bonnier 33000 Bordeaux

MUTUALITÉ FRANÇAISE

afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION OU DE MODIFICATION AU CONTRAT SANTE DE GROUPE

Identification de l'Entreprise

Raison sociale de l'entreprise : PEP64
SIRET :
Population : EVIN DECRET 2017
N° de contrat : CT1023167

Date d'effet : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

☐ Adhésion
☐ Modification ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊

N° adhérent OCIANE :

Adhérent (Membre participant)

☐ Ancien Salarié

NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime (1)	Centre S.sociale(2)
		⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊	⌊⌊	
Date de naissance : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ Sexe (H/F) : ⌊				

Tarif Année 1 : 1.10 % PMSS – Tarif Année 2 : 1.37% PMSS - Tarif Année 3 : 1.65% PMSS (Voir le Kit d'adhésion joint*)

ADRESSE :

CP : Ville :

Téléphone : *(mobile)* e-mail :

(fixe)

Je choisis de m'abonner gratuitement aux e-relevés de prestations (suivi de vos remboursements santé sur Internet) et d'être averti(e) par ☐ par e-mail OU ☐ par SMS ☐ Je ne souhaite pas m'abonner

Garanties

GARANTIES DE BASE

Adhésion pour vos ayants droit

L'adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

Lien de Parenté	NOM ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ Prénom ⌊	N° Sécurité sociale	Régime (1)	Centre S.Sociale(2)	Tarif
Conjoint	Date de naissance : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ Sexe (H/F) : ⌊	⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊	⌊⌊		1.82% PMSS*
1er enfant	Date de naissance : ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ Sexe (H/F) : ⌊	⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊	⌊⌊		0.69% PMSS*
2e enfant	Date de naissance : Sexe (H/F) :	⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊	⌊⌊		0.69% PMSS*
3e enfant(3)	Date de naissance : Sexe (H/F) :	⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊	⌊⌊		-

(1) Régime : 01 = Régime général 02 = Régime agricole 03 = Travailleur indépendant ou profession libérale 04 = Autres régimes (RATP, SNCF…)
(2) Centre de Sécurité sociale – ex : CPAM Gironde, MSA Bayonne…
(3) Gratuité à partir du 3ème enfant. Si vous déclarez plus de 3 enfants, veuillez compléter les informations lisiblement sur papier libre.

Raison sociale de l'entreprise : PEP64	CT : CT1023167
Nom de l'adhérent :	Prénom :

GARANTIES SUR-COMPLEMENTAIRES : ADHESION FACULTATIVE

Vous avez également la possibilité de maintenir votre garantie optionnelle

Cette cotisation est intégralement à votre charge. ☐ NIVEAU 1

Si vous avez couvert vos ayants droit au module de base, le niveau de la garantie sur-complémentaire que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.

	Niveau 1
Ancien Salarié	+ 0.73 % PMSS
Conjoint	+ 0.78 % PMSS
Enfant	+ 0.29 % PMSS

Connexion NOEMIE : Si vous n'autorisez pas la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et OCIANE, cochez la case ci-contre. ☐

COTISATIONS : Je désire que ma cotisation soit prélevée :

☐ chaque mois ☐ chaque trimestre ☐ chaque semestre ☐ chaque année

Les prélèvements ont lieu le 5 du mois de chaque période sur le compte bancaire dont les coordonnées figurent ci-dessous.

PRESTATIONS : Je souhaite que les prestations soient virées sur le même compte bancaire (coordonnées ci-dessous) :

☐ Oui

☐ Non, je joins alors un autre Relevé d'Identité Bancaire du compte qui recevra le versement des prestations.

*cochez la case de votre choix

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OCIANE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OCIANE. 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 soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit 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. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès d'OCIANE.

COORDONNEES DU DEBITEUR

Nom : ………………………………………….. **Prénom :** ………………………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………

COORDONNEES DU CREANCIER

OCIANE
8 terrasse du front du Médoc
33054 BORDEAUX CEDEX
ICS : FR95ZZZ460311

COMPTE A DEBITER

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code international d'identification de votre banque – BIC (business Identifier Code)

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom : ………………………………………….

Adresse :……………………………………….

…………………………………………………......

…………………………………………………….

Zone réservée à OCIANE

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RUM (Référence Unique du Mandat)

Fait à : ………………………………..............

Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

IMPORTANT : Pensez à joindre votre RIB

Après avoir été informé(e) avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise des statuts, des conditions générales et particulières du contrat, et du contenu de la garantie souscrite, je déclare en accepter les termes. Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle.

Signature