

Réservé à PREVI-FRANCE N° C^{ial} : Nom C^{ial} : Code gratuité :

Adhésion Avenant

Adhérent/Assuré

Madame Monsieur Nom : Prénom :
Nom de naissance : Né(e) le : __ / __ / ____
Adresse :
Code Postal : _____ Ville : Tél. : _____
Mobile : _____ Email : @
N° sécurité sociale : _____ Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Veuf (ve)
Justificatif d'identité : Carte Nationale d'Identité Passeport Réf N° : Valable jusqu'au __ / __ / ____

Capital Décès/Invalidité

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par PréviFrance Association (association régie par la loi du 1er juillet 1901) auprès de la Mutuelle PréviFrance.

Votre garantie :

10 000€ 20 000€ 30 000€ 40 000€ 50 000€ Date d'adhésion souhaitée : __ / __ / ____

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle PréviFrance (joindre obligatoirement le questionnaire médical complété et signé sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil). Après étude, vous recevrez un certificat d'adhésion mentionnant la date d'effet de la garantie souscrite. L'adhésion sera effective après paiement de la première cotisation.

Bénéficiaire du capital en cas de Perte Absolue et Irréversible d'autonomie :

Le capital est versé par anticipation à l'assuré si l'état de perte totale et irréversible d'autonomie est établi avant son 65^e anniversaire.

Bénéficiaires du capital en cas de décès :

En cas de décès de l'assuré et à défaut d'autre désignation valable à la date du décès, le capital est versé au conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut au partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut aux enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Pour toute autre désignation, veuillez compléter le formulaire de désignation prévu à cet effet.

Votre cotisation :€/mois

Garantie Indemnités journalières hospitalisation

Votre garantie : 30 €/jour d'hospitalisation Date d'adhésion souhaitée : __ / __ / ____

L'adhésion n'est effective qu'après acceptation par la Mutuelle PréviFrance, même si elle est accompagnée du règlement de la 1^{ère} échéance. Après étude de votre dossier, la Mutuelle PréviFrance vous adressera un certificat d'adhésion mentionnant la date d'effet de la garantie souscrite.

Votre cotisation : 6,85 €/mois

Périodicité : mensuelle (prélèvement obligatoire) trimestrielle semestrielle annuelle

Mode de paiement : identique à votre contrat Complémentaire santé chèque prélèvement (RIB obligatoire)

Je règle ce jour la somme de : € par chèque par carte bleue (en agence)

Pour le Capital décès/Invalidité, je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion les statuts de la Mutuelle PréviFrance et la notice du contrat « Capital Décès/Invalidité » et en accepter les dispositions. Je déclare adhérer à PréviFrance Association et avoir présenté une pièce d'identité en cours de validité.

Pour la Garantie Indemnités journalières Hospitalisation, je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion les statuts et règlement mutualiste de la Mutuelle PréviFrance et en accepter les dispositions.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraîneraient les sanctions prévues par le Code de la Mutualité. Je m'engage à signaler à la Mutuelle PréviFrance toute modification sur les renseignements fournis.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent

Pour être valablement enregistré, ce document doit être daté, signé et établi lisiblement sans rature, ni surcharge.

