



### 3- INSCRIPTION D'UN AYANT-DROIT (3)

Type d'ayant-droit  Conjoint(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)  Enfant à charge

NNI (n° de sécurité sociale)           Né (e) le :

Nom de naissance – Prénom

Nom marital (le cas échéant)

Sécurité Sociale : organisme, centre (1)

Catégorie Socio-Professionnelle  scolaire (4)  étudiant (4)  apprentissage (4)  contrat d'aide à l'emploi (4)  autre : .....

Couverture complémentaire antérieure  non  oui Si OUI, **joindre un certificat de radiation, de résiliation ou d'appartenance** à la mutuelle précédente (2)

Résiliation contrat antérieur à faire  non  oui Si OUI, **joindre un mandat de résiliation** (le délai de résiliation est de 1 mois)

(1) Indiquez le nom de l'organisme de Sécurité Sociale (régime obligatoire) qui rembourse les soins ainsi que le nom et/ou le numéro de centre auquel vous êtes rattaché(e)  
(2) Le certificat de résiliation, de radiation ou d'appartenance à une mutuelle antérieurement à cette demande permet d'activer les échanges automatiques avec le régime obligatoire.  
(3) L'inscription d'une personne en tant qu'ayant droit n'est possible que si celle-ci ne remplit pas les conditions pour être membre participant.  
(4) Au-delà de 16 ans, **joindre** un justificatif (pour un enfant : certificat de scolarité, copie de la carte d'étudiant, ...)  
(5) Ce justificatif n'est pas nécessaire pour un(e) salarié(e) d'un organisme de Sécurité Sociale.

**En plus des justificatifs éventuels propres à certaines situations rencontrées ci-dessus, JOINDRE, dans tous les cas : un RIB, un mandat de prélèvement SEPA, la copie d'une PIECE D'IDENTITE et la copie de l'ATTESTATION DE CARTE VITALE.**

- Je déclare avoir pris connaissance des statuts de la MIPSS Auvergne, du règlement mutualiste et de la fiche d'information normalisée DIPA et en accepter les termes, conformément aux dispositions de l'article L. 221-4 du Code de la Mutualité.
- Je demande à y adhérer à compter du ..... et à bénéficier des prestations prévues au règlement mutualiste moyennant, pour celles qui sont hors contrat responsable, un délai de stage de 3 mois.
- Sous réserve des conditions contractuelles, j'adhère, pour **moi-même et, avec leur accord, pour les ayants droits désignés ci-dessus** :
  - au contrat dit « responsable » de protection complémentaire maladie et accident,
  - au contrat collectif « Assistance Santé et Protection Juridique Santé » souscrit par la mutuelle,
  - au contrat collectif « Indemnité Obsèques » souscrit par la mutuelle.
- Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et accepté les termes des notices d'informations de ces contrats.
- Je m'engage à prévenir la Mutuelle de tout changement de situation professionnelle ou familiale, de tout changement d'adresse ou de domiciliation bancaire, pour moi-même ou pour mes ayant droits.
- J'autorise les échanges automatiques nécessaires à mes remboursements, entre mon régime obligatoire et la MIPSS Auvergne.
- Durant mon affiliation obligatoire à la complémentaire santé de mon employeur, je serai dispensé(e) du paiement des cotisations « maladie et accident » et sans droit aux prestations correspondantes. Le paiement des cotisations reprendra à ma demande à l'issue de cette affiliation obligatoire (article R 324 du règlement mutualiste).
- J'ai été informé(e) que, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations de ce formulaire sont destinées à la MIPSS AUVERGNE, en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux éventuels réassureurs, prestataires et partenaires mutualistes. Les données sont collectées avec mon consentement, à des fins de gestion de mon contrat et de mes prestations et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les données sont conservées durant la relation contractuelle puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime des données personnelles me concernant, en m'adressant au Délégué à la Protection des Données de la mutuelle, par email à l'adresse dpo@mipss-auvergne.fr ou par courrier à l'adresse de la MIPSS AUVERGNE (joindre une copie de justificatif d'identité).
- J'ai été informé(e) qu'en cas de litige non résolu avec la Mutuelle et conformément aux articles L.616-1 et R.616-1 du code de la consommation, je pourrai faire appel à un dispositif de médiation auprès de MEDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT (Centre d'Affaires Stéphanois SAS - 3 rue J. Constant Milleret - 42000 Saint-Etienne ou sur <https://www.medconsodev.eu>).
- J'ai été informé(e) que, si je ne souhaite pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, je dispose du droit de m'inscrire à tout moment gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>

A ....., le .....  
Signature précédée des mentions « lu et approuvé »