



Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir (photocopies)
Affilié	Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Conjoint	Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de domicile commun (exemple : RIB, quittance EDF...) + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Partenaire lié par un PACS	Justificatif de Pacte Civil de Solidarité + Attestation d'immatriculation au RO à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale du salarié, ou de son conjoint, ou concubin ou titulaire d'un PACS, justifiant la qualité d'ayant droit à ce titre ou Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale de l'enfant s'il est lui-même assuré social
Enfants jusqu'à leur 25 <sup>ème</sup> anniversaire au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition ou certificat de scolarité + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Ascendants directs, descendants et collatéraux à charge fiscalement au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 25 <sup>ème</sup> anniversaire	Documents justificatifs



### Services en ligne : OPTEZ POUR LA DEMATERIALISATION

J'accepte de recevoir mes documents contractuels d'information MIEL Mutuelle par e-mail (à renseigner obligatoirement dans la rubrique « Vos informations personnelles » ; e-mail privé par défaut)

**et je profite :**

- De l'accès en temps réel et de l'archivage de mes décomptes et courriers sur mon espace sécurisé
- D'une alerte e-mail à chaque nouveau décompte
- De l'envoi par e-mail de mes courriers



\* sous forme d'un avoir

#### INFORMATIONS LEGALES

Distribution et commercialisation : SARL ACTI 2000 - Siège social : BP 236 • 83236 Bormes Les Mimosas - SARL AU CAPITAL DE 1 000,00 €. N°SIREN : 509 675 435 - N°ORIAS 07 002 368

Assureur et gestionnaire du contrat : MIEL Mutuelle - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité - Siège social : 11, Rue du Gris de Lin – 42021 SAINT ETIENNE CEDEX 1. N° RNM : 776 398 786

Pour la garantie Obsèques : KLESIA SA - Entreprise régie par le Code des Assurances, Siège social : 4-22 rue Marie-Georges Picquart -75017 Paris.

Pour la garantie Assistance : MUTUAIDE ASSISTANCE – Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles – 8-14, Avenue des Frères Lumière - 94368 BRY SUR MARNE CEDEX, entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 9 590 040€ entièrement versé - 383 974 086 RCS Créteil, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin)

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

Vous acceptez de recevoir les informations relatives à vos garanties ainsi que nos informations commerciales sur l'adresse de messagerie indiquée.

Vous pouvez à tout moment et gratuitement vous opposer à cette utilisation en écrivant au siège de la mutuelle. Vous êtes informés que pour des besoins de gestion, des données relatives à votre dossier peuvent être communiquées à nos prestataires.

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données nominatives vous concernant en vous adressant à :

MIEL Mutuelle 11 Rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 Tél : 04.77.49.42.81 Fax : 04.77.49.29.10

Conformément aux articles L.1221-18 et suivants du code de la mutualité, vous disposez d'un droit de rétractation pouvant être exercé pendant le délai de 14 jours à compter du jour où l'adhésion à pris effet, ou du jour où sont reçus les conditions contractuelles, si cette dernière date est postérieure, sans avoir à justifier de motifs ni à payer de pénalités, par envoi d'un courrier simple au siège de la mutuelle. En cas d'exercice du droit de rétractation, nous vous remboursons des cotisations que vous auriez éventuellement versées dans les 30 jours.

Vous pouvez renoncer à ce droit de rétractation en nous demandant à bénéficier des prestations avant la fin du délai de 14 jours. Dans cette hypothèse, le droit de rétractation ne pourra plus être exercé.

# MANDAT de Prélèvement SEPA

A retourner à : MIEL Mutuelle, 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area), vous autorisez MIEL Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MIEL Mutuelle.

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.

MIEL Mutuelle  
FR72ZZZ391079  
11 rue du Gris de Lin  
42021 Saint-Etienne Cedex 1  
FRANCE

Votre nom

.....  
Civilité / Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse

.....  
Entrée, bat, immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu dit

.....  
Code Postal / Ville / Cedex

.....  
Pays

Les coordonnées de votre compte

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

.....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement

Paiement récurrent

Paiement ponctuel

Signé à

.....  
Ville (35 caractères maximum)

.....  
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque