

Partie réservée à la mutuelle. Ne rien inscrire

N° de collectivité : ..... N° d'adhérent : .....

Adhérent : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/>	Email <sup>(1)</sup> : .....
Nom : .....	Situation de famille : ..... Nb d'enfants à charge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prénom : .....	N° de S.S. de l'adhérent : .....
Nom de jeune fille : .....	Profession de l'adhérent : ..... Cadre <input type="checkbox"/> Non Cadre <input type="checkbox"/>
Né(e) le : .....	Nom de l'entreprise : .....
Adresse : .....	Adresse de l'entreprise : .....
Code Postal : ..... Ville : .....	Tél. de l'entreprise : .....
Tél.domicile : .....	N° de S.S. du conjoint : .....
Tél.portable : .....	Profession du conjoint : .....

Garantie souscrite <sup>(2)</sup> :	<b>Déductibilité Madelin <sup>(3)</sup> :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Adhésion obligatoire et gratuite à ANIP</i>
-------------------------------------	---

Bénéficiaires <sup>(4)</sup>	NOM	PRÉNOM	Né(e) le	Sexe
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

<p align="center"><b>Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement</b> <b>(réservé aux adhésions individuelles)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Périodicité</th> <th>Prélèvement automatique</th> <th>Chèque</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Annuelle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Semestrielle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trimestrielle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>impossible</td> </tr> <tr> <td>Mensuelle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>impossible</td> </tr> </tbody> </table>	Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque	Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible	Mensuelle	<input type="checkbox"/>	impossible	<p><b>(1) Informations de vos remboursements en temps réel.</b></p> <p><b>(2)</b> Veuillez préciser la garantie choisie. Valable pour tous les membres de la famille. Sans précision de votre part, nous vous affecterons la garantie de couverture la plus étendue pour les adhésions individuelles.</p> <p><b>(3)</b> La déductibilité Madelin est possible si, en tant qu'adhérent vous exercez une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Loi Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application).</p> <p><b>(4) Joindre obligatoirement l'attestation Vitale à jour des bénéficiaires et le cas échéant, le certificat de radiation de votre ancienne mutuelle.</b></p>
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque														
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible														
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	impossible														

La MFIF dispose conformément à ses statuts et à son règlement du droit d'accepter ou de refuser mon adhésion. En cas d'acceptation par la MFIF, je soussigné, reconnais que ma signature apposée au bas du présent bulletin d'adhésion m'engage contractuellement ainsi que mes bénéficiaires vis à vis de la mutuelle MFIF et me donne droit à recevoir les prestations contractuelles en contrepartie de mes propres obligations vis à vis de la mutuelle.

Par ailleurs, je déclare expressément adhérer et en devenir membre avec tous les droits et obligations afférents à cette qualité. Cette adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la MFIF et des droits et obligations définis par le règlement situé au verso.


J'autorise la MFIF et les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie concernés, conformément à la commission nationale informatique et liberté, à échanger les renseignements nécessaires à l'exécution simultanée du décompte maladie pour tous les départements concernés. Cette déclaration vaut pour tous les membres de la famille qui adhèrent.

<p><b>Date</b></p> <p>.....</p> <p><small>Si le bulletin d'adhésion est reçu avant le 16 du mois, l'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> du même mois. Si le bulletin d'adhésion parvient après le 15 du mois en cours l'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> du mois suivant.</small></p>	<p align="center"><b>Signature de l'adhérent précédé de "lu et approuvé"</b></p> <p>.....</p>
--	---

Partie réservée à la mutuelle . Ne rien inscrire.

Date d'adhésion : ..... Stages : ..... Ancien N°/parrainage : .....

**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT**  MENSUEL  TRIMESTRIEL  SEMESTRIEL  ANNUEL  
**(réservée aux adhésions individuelles)**

<p align="center"><b>Le débiteur</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Code Postal : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p><small>J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je réglerai directement avec le créancier.</small></p>	<p align="center"><b>Compte à débiter</b></p> <p>Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB</p> <p>.....</p> <p>Etablissement teneur du compte à débiter</p> <p>Nom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Code Postal : ..... Ville : .....</p>	<p align="center"><b>Organisme encaisseur</b></p>  <p align="center">12, villa Laugier 75017 Paris</p> <p align="center"><b>N° d'émetteur Banque 409 695</b></p>
---	---	---

**Prière de retourner cet imprimé à la MFIF, en y joignant obligatoirement un Relevé d' Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP)**

**A** ..... Le ..... **Signature du titulaire du compte**