

SERVICES OFFERTS

- Télétransmission**
Ce service accélère le paiement de vos remboursements :
 - 24h à réception des flux Noémie (votre organisme social transmet directement à MIEL Mutuelle le décompte),
 - 48h à réception du décompte papier accompagné des pièces justificatives.
- Tiers payant**
Ce service évite l'avance d'argent auprès des professionnels de santé
- MIEL Mutuelle Assistance**
- Service de prise en charge et analyse de devis**
- Votrespace affiliés : je créé gratuitement mon espace personnel et sécurisé sur www.mielmut.fr**
 - visualisation et modification de vos données personnelles
 - consultation de vos garanties
 - suivi de vos remboursements
 - etc ...

le+ SERVICES EN LIGNE : OPTEZ POUR LA DÉMATÉRIALISATION

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 l'archivage de mes décomptes et courriers
- D'une alerte e-mail à chaque nouveau décompte
- De l'envoi par e-mail de mes courriers

* 20 € offerts sous la forme d'un avoir valable une seule fois pour toute affiliation active



VOTRE AFFILIATION

- A la date de signature du bulletin d'affiliation :
ma cotisation annuelle (sur l'année civile) est de : €
soit par mois : €
- Je demande à être affilié(e) à MIEL Mutuelle ainsi qu'au contrat Garantie frais d'obsèques assuré par KLESIA S.A.* et à la Garantie Assistance** assurée par Mutuaide Assistance.
- Je joins obligatoirement les pièces justificatives précisées en page 3 du document.
- Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions générales, du Règlement Mutualiste et des Statuts de MIEL Mutuelle qui m'ont été remis ce jour.

***Garantie Obsèques** • Produit KLESIA S.A. dont MIEL Mutuelle est gestionnaire 4-22 rue Marie-Georges Picquart 75017 Paris

****Assureur pour la garantie Assistance** • Mutuaide Assistance • Entreprise régie par le Code des Assurances • S.A. au capital de 9 590 040 € • 383 974 086 RCS Créteil, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 PARIS • Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 BRY SUR MARNE CEDEX

Fait à :

Le // 20

Signature :
(affilié)

Signature :
(représentant majeur protégé)

Didier COURIER
Directeur Général

PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT À ACTIVE COURTAGE

Par courrier postal

Centre d'affaires Vannetais
Hall A
10, Rue du Docteur Joseph AUDIC
56000 VANNES

Par email

contact@ehpadiane.fr

- Bulletin d'affiliation dûment complété
 - Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne
 - Mandat de prélèvement SEPA
- Ou**
- Votre règlement par chèque

Pour l'affilié et chaque ayant-droit déclaré au contrat :

- Attestation d'immatriculation à l'organisme social jointe à l'envoi de la Carte Vitale

Pour le conjoint si le nom de famille diffère :

- Conjoint : Copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage
- Concubin : Justificatif de domicile commun (exemple RIB, quittance EDF ...)
- PACS : Justificatif de Pacte Civil de Solidarité.

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