

Nom _____ (en majuscule) Nom de jeune fille _____ (en majuscule) Prénoms _____ (en majuscule)

N° de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Nationalité _____ Lieu de naissance _____

ADRESSE PERSONNELLE	SITUATION ADMINISTRATIVE / PROFESSIONNELLE
Informer impérativement la mutuelle de tout changement d'adresse intervenu en cours de contrat N° _____ Rue _____ _____ CP _____ Ville _____ Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____ E-mail : _____	Informer impérativement la mutuelle de tout changement de situation administrative / professionnelle intervenu en cours de contrat Date d'entrée dans la Fonction Publique _____ Date d'entrée au Ministère de l'Agriculture _____ Affectation _____ Lieu d'exercice _____ <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autres Indice nouveau majoré _____ Catégorie statutaire <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

SITUATION FAMILIALE	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Depuis le _____

GARANTIES OBLIGATOIRES					
Pour les ACTIFS :			Pour les RETRAITES :		
Garantie Frais de Santé et Prévoyance			Garantie Frais de Santé et Rente de survie viagère		
Par mon adhésion à la mutuelle, je souscris <u>obligatoirement</u> à l'un des 3 niveaux de garanties Santé et Prévoyance après accord médical si > 45 ans :			Par mon adhésion à la mutuelle, je souscris <u>obligatoirement</u> à l'un des 3 niveaux de garanties Santé SMAR :		
Niveau 1 Saule-Basic <input type="checkbox"/>	Niveau 2 Erable-Médiane <input type="checkbox"/>	Niveau 3 Chêne-Optimale <input type="checkbox"/>	Niveau 1 Saule <input type="checkbox"/>	Niveau 2 Erable <input type="checkbox"/>	Niveau 3 Chêne <input type="checkbox"/>

GARANTIES FACULTATIVES	
Pour les ACTIFS*	Pour les ACTIFS et les RETRAITES*
Vous avez moins de 50 ans et vous êtes accepté en prévoyance statutaire (Basic, Médiane ou Optimale). Vous souhaitez également souscrire à l'une des garanties facultatives (10 niveaux possibles pour chacune) : <input type="checkbox"/> Incapacité <input type="checkbox"/> Invalidité (uniquement avec Optimale) <input type="checkbox"/> Capital décès <input type="checkbox"/> Capital décès du conjoint	Outre les garanties obligatoires, je souhaite souscrire à la garantie Dépendance facultative (ne peut être conditionnée que par l'adhésion préalable au contrat santé) : <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3

* Veuillez cocher l'option souhaitée. A réception de votre bulletin d'adhésion « membre participant direct », un imprimé d'adhésion spécifique et un questionnaire médical vous seront adressés.

AUTRES PERSONNES A GARANTIR AU TITRE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Je sollicite la couverture des personnes mentionnées ci-dessous :

	SEXE		NOM / PRENOM	Dispose de sa propre couverture Sécurité sociale		DATE DE NAISSANCE	N° Ss
	M	F		OUI	NON		
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfant ¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

(1) Se reporter à l'article 2 de la notice d'information relative aux garanties frais de santé.

« Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts ainsi que des notices d'informations relatives aux garanties santé (SMAR) et prévoyance (MUTEX). Je demande mon adhésion à la SMAR et m'engage à remplir toutes les obligations statutaires, notamment le paiement des cotisations dont je suis redevable. » J'autorise à faire effectuer sur mes appointements, si cela est possible, la retenue mensuelle de ces cotisations. A défaut, les cotisations, seront réglées par prélèvement automatique, voire par chèque.

Adhésion à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la date de signature de ce bulletin OU Adhésion différée au _____

« Lu et approuvé »
Signature _____ A _____ Le _____

PIECES A JOINDRE

- **Copie de l'attestation d'ouverture de droits Sécurité sociale** (*imprimé joint avec la carte VITALE*)
 - du Membre participant
 - du conjoint (autonome en Sécurité sociale) en cas d'adhésion de celui-ci
 - de l'enfant à charge (autonome en Sécurité sociale) en cas d'adhésion de celui-ci
- **Copie du dernier bulletin de paie** (pour les actifs) ou dernier bulletin de pension/**certificat d'inscription de pension civile et de retraite** (pour les agents retraités).
- **Copie de l'arrêté de nomination en qualité de stagiaire ou de l'arrêté de titularisation et dernier arrêté de position ou dernier arrêté d'affectation** (pour les agents titulaires).
- Copie du contrat signé avec l'employeur (pour les **agents contractuels**) et attestation de l'employeur certifiant le droit de l'agent adhérent à bénéficier du dispositif de référencement (pour les agents contractuels sous contrat à durée déterminé d'au moins 6 mois).
- Copie du document vous plaçant à **temps partiel** le cas échéant.
- **Imprimé** « Désignation de bénéficiaire(s) en cas de décès du Membre participant ».
- **Autorisation de prélèvement bancaire** dûment remplie accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal ou de caisse d'épargne.

PREVOYANCE FACULTATIVE

- **Incapacité temporaire totale ; Incapacité et invalidité permanentes professionnelle ; Décès.**
↳ **Souscription obligatoire avant le 50^{ème} anniversaire et sur questionnaire médical (QM).**

IMPORTANT

Article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques :

« Les remboursements ou les indemnisations 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. Un décret détermine les modalités d'application du présent article en cas de pluralité d'organismes garantissant l'assuré ou l'adhérent. »

Article 2 alinéa 1 du décret n°90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques :

« Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 du 31 décembre 1989 susvisée, 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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. »

Les informations demandées sont obligatoires car nécessaires au traitement de la demande d'adhésion et du dossier. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir, à tout moment, communication – et le cas échéant, rectification – des informations nominatives vous concernant, en vous adressant à la SMAR. Sauf opposition écrite de votre part adressée à la SMAR, les informations nominatives recueillies pourront être exploitées par cette dernière, ainsi que par le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche et de l'Etablissement Public Administratif des Haras Nationaux, aux fins de déterminer leur participation financière à la protection sociale complémentaire de leurs agents. De plus, ces informations pourront être communiquées aux partenaires de la SMAR, qui seront susceptibles de vous adresser des publicités commerciales.

Les garanties et cotisations sont susceptibles d'évoluer selon les décisions de l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Ces évolutions sont portées à la connaissance des adhérents notamment par la revue d'informations qui leur est régulièrement adressée.