

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

N° de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

ADRESSE PERSONNELLE

Informez impérativement la mutuelle de tout changement d'adresse intervenu en cours de contrat

N° Rue _____

CP _____ Ville _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE / PROFESSIONNELLE

Informez impérativement la mutuelle de tout changement de situation administrative / professionnelle intervenu en cours de contrat

Date d'entrée dans la Fonction Publique _____

Affectation _____

Lieu d'exercice _____

Stagiaire Titulaire Contractuel Retraité(e) Autres

Indice nouveau majoré _____ ou traitement brut mensuel _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Concubin Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Depuis le _____

GARANTIES OBLIGATOIRES

**Pour les ACTIFS :
Garantie Frais de Santé et Prévoyance**

Par mon adhésion à la mutuelle, je souscris obligatoirement :

A l'un des 3 niveaux de garantie Santé :

Niveau 1 / Saule Niveau 2 / Erable Niveau 3 / Chêne

A l'un des 3 niveaux de garantie Prévoyance après accord médical si > 45 ans :

Niveau 1 / Basic Niveau 2 / Médiane Niveau 3 / Optimale

Pour les RETRAITES :

Garantie Frais de Santé et Rente de survie viagère

Par mon adhésion à la mutuelle, je souscris obligatoirement à l'un des 3 niveaux de garanties Santé SMAR :

Niveau 1 / Saule Niveau 2 / Erable Niveau 3 / Chêne

GARANTIES FACULTATIVES

Pour les ACTIFS*

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) :

- Incapacité
 Invalidité (uniquement avec Optimale)
 Capital décès
 Capital décès du conjoint

Pour les ACTIFS et les RETRAITES*

Outre les garanties obligatoires, je souhaite souscrire à la garantie Dépendance facultative (peut être conditionnée que par l'adhésion préalable au contrat santé) :

- Niveau 1
 Niveau 2
 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 (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. 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.