

SMENO - CS 90027 - 59040 LILLE Cedex - Mutuelle des Etudiants du Nord-Ouest n°781123450 régie par le Code de la Mutualité, Membre du GIE Liberté

Les Mut 2XL et Mut 3XL sont dites responsables conformément à l'article R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale modifié par le décret n°2019-21 du 11/01/2019. P/C : 60% pour la Mut L et 65% pour la Mut XL et Frais de Gestion : 19%.

**Partie réservée à SMENO** Contrat réalisé par : \_\_\_\_\_

Garantie : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_ Mode de paiement : \_\_\_\_\_ N°identifiant : \_\_\_\_\_

Lieu de vente : AG \_\_\_\_\_ CS \_\_\_\_\_ Lien archive : \_\_\_\_\_

L'ensemble des champs est obligatoire (sauf mentions contraires), à défaut la SMENO sera dans l'impossibilité de traiter votre demande. Merci de remplir en majuscules.

## A. VOS COORDONNEES

M  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je certifie être étudiant(e) de moins de 28 ans.  
 Je m'engage à justifier mon statut d'étudiant dans les 30 jours suivant la date d'effet à la mutuelle SMENO (copie carte étudiante ou attestation d'enseignement supérieur)

Nationalité : \_\_\_\_\_ Ville de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Caisse affiliation : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Merci de joindre votre attestation de sécurité sociale.

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Appt : \_\_\_\_\_ Résidence : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Comment avez-vous connu la SMENO ?  Intervention / école  
 Salons étudiants  Internet  Autres

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Enfant : OUI  NON  Si vous souhaitez faire adhérer vos enfants mineurs, joindre un extrait d'acte de naissance. Le montant de la cotisation des enfants mineurs dépend du statut des parents, et est défini par l'article 1 du règlement mutualiste.

J'accepte de recevoir les offres SMENO, SMENO Assurances par mail, SMS, téléphone, courrier :  OUI  NON

J'accepte de recevoir les offres des partenaires SMENO par mail, SMS, téléphone, courrier :  OUI  NON

## B. VOTRE GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE

\* Correspondant aux 2 premières mensualités.

Garantie choisie	MUT 2XL	MUT 3XL
Mensualité	_____	_____
Acompte*	_____	_____
Montant annuel	_____	_____

Prise d'effet le lendemain de l'adhésion.

Date d'effet : \_\_\_\_\_

Vous êtes Travailleurs Non Saliés (TNS) :  OUI  NON

Si vous êtes TNS, merci de fournir un extrait Kbis de moins de 3 mois

## C. VOTRE MODE DE PAIEMENT

**Règlement en une seule fois au comptant sans frais.** Vous réglez votre cotisation à l'adhésion.  
 Vous additionnez la totalité des montants de toutes les garanties choisies, soit : \_\_\_\_\_ €

**Règlement en plusieurs fois sans frais, vous réglez les 2 premières mensualités, soit \_\_\_\_\_ €.**  
 Pour un prélèvement automatique sur votre compte bancaire le 5 de chaque mois, **merci de remplir** le mandat de prélèvement ci-dessous et de joindre à votre adhésion vos coordonnées bancaires au format IBAN.

**Je choisis de régler par :**  Carte Bancaire  Chèque à l'ordre de la SMENO

Vous pouvez choisir de régler par carte bleue, dans ce cas vous pouvez adhérer aux mêmes conditions dans nos agences, sur smeno.com ou au 09.72.67.60.00 (appel non surtaxé).

### A compléter uniquement si vous payez par carte bancaire (points services et stands universitaires ou par courrier)

Votre numéro de carte bancaire : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Titulaire : \_\_\_\_\_ N°crypto : \_\_\_\_\_ (3 chiffres au dos de votre CB)

## D. SIGNATURE

J'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Mutualiste et Intérieur disponibles dans les agences SMENO et sur smeno.com.  Je confirme avoir reçu la fiche IPID

Fait à : \_\_\_\_\_ Signature adhérent obligatoire : (Précédée de la mention "lu et approuvé")

Date : \_\_\_\_\_ Signature pour la SMENO : (Précédée de la mention "lu et approuvé")

Pour les adhésions à distance : conformément au Code de la consommation, vous disposez d'un délai de 14 jours à compter de l'acceptation du contrat pour y renoncer : par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à SMENO Centre de Gestion - CS 90027 - 59040 LILLE Cedex, à condition que les garanties n'aient pas pris effet.

**Défaut de paiement :** je reconnais être redevable à la SMENO de la totalité de ma cotisation annuelle. En cas d'incident du fait du titulaire du compte de domiciliation lors de la présentation d'une échéance de prélèvement, je reconnais à la SMENO le droit de suspendre le versement de toute prestation m'étant due, conformément à l'article 4 du règlement mutualiste.

**Adhésion en tacite reconduction :** conformément à l'article 5 du règlement mutualiste, l'adhésion se renouvelle automatiquement à la date anniversaire du contrat.

La SMENO, Société Mutuelle du Nord et du Nord Ouest régie par le Code de la Mutualité est soumise aux dispositions du livre II dudit Code, inscrite au registre National des Mutuelles sous le n°781123450. En application des articles 38, 39, 40 et 43 (Loi Informatique et Libertés modifiées en 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données vous concernant. Pour exercer vos droits vous pouvez adresser par courrier postal à l'adresse suivante : SMENO, Référent Informatique et Libertés - CS 90027 - 59040 LILLE CEDEX. Le traitement des informations vous concernant a été déclaré à la CNIL pour la gestion de nos fichiers clients/prospects. Les destinataires des informations vous concernant sont les services de la SMENO, SMENO Assurances, les établissements de la Sécurité sociale, les organismes bancaires pour les informations permettant les règlements de gestion.

## MANDAT DE PRELEVEMENT EUROPEEN SEPA

Créancier : SMENO - CS 90027 - 59040 Lille Cedex - France Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR91ZZZ006617

### Référence unique du mandat à compléter par la SMENO

\_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SMENO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Vous autorisez également votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SMENO.

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.

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

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

À retourner avec vos coordonnées bancaires au format IBAN.

**Titulaire du compte à débiter** (Tous les champs sont obligatoires)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

**Nom et prénom de l'adhérent :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées bancaires du compte à débiter**

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire  
 \_\_\_\_\_

Nature du prélèvement  Récurrent (paiement par prélèvements fractionnés)

La SMENO, Société Mutualiste du Nord et du Nord Ouest régie par le Code de la Mutualité est soumise aux dispositions du livre II dudit code, inscrite au registre National des Mutuelles sous le N°781123450.