

FORMULAIRE D'ADHÉSION MUTUELLE MUT M, MUT L, MUT XL Année 2022/2023

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 L et Mut XL 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

Téléphone : _____ Portable : _____ Salons étudiants Internet Autres

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

Les renforts sont proposés en complément des garanties Mut L et XL, ils ne peuvent être vendus seuls.

* Correspondant aux 2 premières mensualités.

Prise d'effet le lendemain de l'adhésion.

Date d'effet : _____

Garantie choisie	Renfort hospitalisation			Renfort optique/dentaire		2 renforts	
	MUT M	MUT L	MUT XL	MUT L + 1 renfort	MUT XL + 1 renfort	MUT L + 2 renforts	MUT XL + 2 renforts
Mensualité	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Acompte*	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Montant annuel	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Pensez à fournir votre justificatif d'enseignement supérieur si vous êtes étudiant. Attention, si vous avez plus de 28 ans cette année, votre cotisation est recalculée et est susceptible d'augmenter.

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")

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

Date : _____

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 nous 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

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.

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.

Signature : _____

Lieu : _____

Date : _____

À retourner avec vos coordonnées bancaires au format IBAN.