



BULLETIN D'ADHÉSION

N° Matricule _____
Sécurité sociale _____ Clé _____ N° Centre Sécurité Sociale _____

Nom marital _____ Nom de jeune fille _____

Prénom usuel _____ Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____ Téléphone _____

Lieu de travail _____ Portable _____

VOTRE CATÉGORIE

- ☐ 1 Santé et Action sociale
☐ 3 Étudiants
☐ 5 Ascendants
☐ 2 Hors Santé
☐ 4 Retraités
☐ 6 Situations particulières

Date d'embauche _____ E-mail _____

Début des études _____ Nature des études _____
Établissement _____

Agents
fonctionnaire

Agents non
fonctionnaire

☐ Conjoint
avec revenus

☐ Enfant
avec revenus

Précisez les nom/prénom et le n° de Sécurité sociale de votre conjoint ou parent déjà adhérent de la MHA

Nom _____ Prénom _____
N° Sécurité sociale _____ Clé _____

Ayants droit à charge, au titre de la Sécurité sociale

Conjoint(e) ou concubin(e) non salarié(e)

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Enfants _____

Autre ayant droit _____

Article 30 des statuts : L'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Conseil d'Administration pour la détermination et l'ajustement des montants et des taux de cotisations. Cette délégation n'est valable qu'un an à partir de la date de la dernière Assemblée générale.

Les adhérents de la M.H.A. bénéficient de prestation en inclusion, sans cotisation supplémentaire, pour l'assistance Vie Quotidienne et nuptialité-natalité. Je m'affilie aux conventions passées entre la M.H.A. et Solimut Mutuelles de France pour les prestations Assistance Vie Quotidienne et Nuptialité-Natalité.

Les hospitaliers stagiaires et titulaires relevant du titre 4 de la fonction publique hospitalière bénéficient de la prestation en inclusion Incapacité de travail, avec cotisation supplémentaire. Je m'affilie à la convention passée entre la M.H.A. et Solimut Mutuelles de France pour la prestation Incapacité de travail.

Date _____ Signature : _____

Date _____

Signature :

des prestations

☐ Compte bancaire

☐ Chèque postal

des cotisations

☐ Précompte

☐ Bancaire ou postal

Je certifie sincères et véritables les renseignements fournis et reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts, du règlement mutualiste et son annexe sur les prestations et les cotisations correspondantes à ma catégorie. Je suis informé(e) que faute de fournir l'intégralité des pièces à joindre, mon adhésion ne pourra prendre effet. Je reconnais avoir pris connaissance des liaisons informatiques possibles avec la CNAM pour la transmission des données de l'Assurance Maladie. Je m'engage à informer la MHA de tout changement de situation professionnelle, salariale (indice) ou familiale (paragraphe 8b2 règlement mutualiste). Je reconnais avoir pris connaissance du délai de rétractation de 14 jours et qu'un modèle pour me permettre d'exercer ma faculté de rétractation m'a été remis avec la liste des pièces à joindre pour valider mon inscription. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès individuel aux informations qui vous concerne à l'adresse ci-dessous.

Cadre réservé à la Mutuelle

Avec stage ☐

Sans stage ☐

Date de réception du bulletin d'adhésion _____ Date d'effet de l'adhésion _____

Conditions particulières

Date _____ Signature :

MHA - CHAC - 811, avenue du Docteur Jean Goubert - BP20139 - 30103 ALES Cedex

*Muteuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculé au registre national sous le n° 443 098 603.

Agree pour les soins branches 1b et 2b par arrêté préfectoral n°26 2003.



BULLETIN D'ADHÉSION

AUTORISATION DE PRÉCOMPTE

Matricule de paie

Grade

Service

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Adresse

Code postal

Commune

Je soussigné(e), M, certifie sincères et véritables les renseignements figurant ci-dessus et j'autorise, au profit de la M.H.A. le précompte des cotisations dont je lui suis redevable, ainsi que l'application des réajustements nécessaires par l'évolution de ma situation personnelle.

Fait le..... à..... Signature

Document destiné à l'administration employeur, qui doit nous être retourné avec le bulletin d'adhésion, sans être détaché après avoir été complété et signé.

Tout litige concernant le montant de vos cotisations et faisant l'objet d'une réclamation, devra être réglé directement avec la M.H.A

Je soussigné(e), M, autorise la Direction du Centre Hospitalier d'Alès Cévennes à communiquer aux responsables de la M.H.A. mon salaire de base.

Fait le..... à..... Signature

Document destiné à l'administration employeur, qui doit nous être retourné avec le bulletin d'adhésion, sans être détaché après avoir été complété et signé.



Mutuelle des personnels du centre Hospitalier d'Alès et assimilés

Rappel des pièces à joindre à votre dossier

- ☐ Une photocopie de l'attestation de votre carte vitale.
- ☐ La photocopie de votre dernier bulletin de salaire ou à défaut, toute pièce justifiant votre situation administrative.
 - Ce document doit comporter l'indice réel, à défaut : attestation de travail délivrée par la gestion du personnel avec l'indice réel et le numéro d'identification.
- ☐ La photocopie de votre certificat de scolarité.
 - À défaut, pièces administratives justifiant votre situation.
- ☐ Si c'est votre cas, un certificat de radiation de votre précédente mutuelle.
- ☐ Un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP).
- ☐ L'autorisation de précompte.
- ☐ Le mandat de prélèvement SEPA

Possibilité de vous rétracter

Comme le prévoit la loi, vous disposez d'un délai de 14 jours de rétraction suivant la date de signature du bulletin d'adhésion. Il vous suffit d'utiliser le modèle de bordereau de rétraction ci-après et de nous l'envoyer par lettre recommandée avec Accusé de Réception.

MHA-CHAC

BP 20139

30103 ALES Cedex

Lettre recommandée avec AR

Le.....

Je soussigné(e).....

N° Sécurité Sociale :

Déclare renoncer à mon adhésion à la MHA que j'avais acceptée en date du

Fait à Le

Signature :