

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

Bénéficiaires de l'article 4 Loi EVIN

Offre La Prévoyance des Avocats



ENTREPRISE

Document à retourner par courrier à :
Votre courtier

Adhésion Modification

VOTRE ANCIEN EMPLOYEUR

N° du contrat des actifs de l'entreprise :

Raison sociale :

VOUS

Date de départ à la retraite : / / Date d'effet d'adhésion : / /

M. Mme. Nom : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : / /

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Tel : E-mail : _____@_____

N° de Sécurité sociale : Régime Général Régime Alsace-Moselle

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) / Vie maritale Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Qualité d'assuré : Retraité

Assureurs :

MMA IARD Société anonyme au capital de 537 052 368 euros, RCS Le Mans 440 048 882
MMA IARD Assurances Mutuelles Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126
Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans CEDEX 9
Entreprises régies par le code des assurances

VOS AYANTS-DROITS

Ne peuvent être affiliés au titre du maintien de l'article 4 Loi Evin que vos ayants droit déjà inscrits sur votre contrat lorsque vous étiez en activité, sauf cas de naissance ou d'adoption.

VOTRE CONJOINT⁽¹⁾

M. Mme. Nom : _____

Prénom(s) : _____ Né(e) le : |_|_|/|_|_|/|_|_|

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Autre mutuelle⁽²⁾ : Oui Non

(1) Conjoint, partenaire de PACS ou concubin. (2) Si oui, la télétransmission ne pourra pas être mise en place par votre gestionnaire. Dans ce cas, nous vous remercions de faire parvenir à votre gestionnaire le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte de la Sécurité sociale.

VOS ENFANTS A CHARGE

Bénéficiaire	Sexe	Nom Prénom	Situation ⁽³⁾	N° de Sécurité sociale	Né(e) le	Autre mutuelle ⁽⁴⁾
1 ^{er} enfant	M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ / _ / _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 ^{ème} enfant	M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ / _ / _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 ^{ème} enfant	M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ / _ / _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4 ^{ème} enfant	M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ / _ / _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 ^{ème} enfant	M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ / _ / _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre bénéficiaire ⁽⁵⁾	M F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ / _ / _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(3) Précisez la situation de votre enfant : étudiant, apprenti... (4) Si oui, la télétransmission ne pourra pas être mise en place par votre gestionnaire. Dans ce cas, nous vous remercions de faire parvenir à votre gestionnaire le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte de la Sécurité sociale. (5) Bénéficiaire autre que conjoint ou enfant, couvert par la Sécurité sociale de l'adhérent.

VOS BESOINS

Vous devez conserver vos garanties actuelles à la date de départ à la retraite :

Régime de base		F1	F2
ANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assureurs :

MMA IARD Société anonyme au capital de 537 052 368 euros, RCS Le Mans 440 048 882
MMA IARD Assurances Mutuelles Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126
Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans CEDEX 9
Entreprises régies par le code des assurances

VOS COTISATIONS

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation, tous frais et taxes⁽⁶⁾ compris, exprimée en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et dans le cas de l'option en euros (€).

La cotisation annuelle est due à l'Assureur par chaque Adhérent. Elle est payable, en France et en euros, d'avance.

L'intégralité de la cotisation mentionnée au Certificat d'adhésion qui vous sera remis en cas d'affiliation est appelée par votre gestionnaire.

En application du décret n°2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les cotisations pour l'Ex Salariné Retraité sont majorées comme suit :

Année d'assurance	Coefficient applicable aux cotisations
Année N* et Année N+1 De la date d'adhésion au 31 décembre N+1	100 % de la cotisation des actifs Année N
Année N+2 Du 1^{er} janvier N+2 au 31 décembre N+2	125 % de la cotisation des actifs Année N
Année N+3 Du 1^{er} janvier N+3 au 31 décembre N+3	150 % de la cotisation des actifs Année N
Année N+4 A compter du 1^{er} janvier N+4	Evolution de la cotisation en fonction de la réglementation et de l'équilibre technique du contrat

* L'année « N » étant l'année de départ de l'entreprise de l'Ex Salariné Retraité et donc la date d'adhésion à ce contrat

(6) La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est incluse dans le(s) présent(s) taux de cotisation. Elle est reversée, selon le taux en vigueur à la date de paiement.

PIÈCES À JOINDRE AU BULLETIN D'ADHÉSION

Un RIB

Une copie de votre attestation Vitale récente (à demander à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie – CPAM – ou à récupérer sur votre espace assuré social ameli.fr) qui correspond à votre situation familiale actuelle afin d'être assuré de bénéficier de la télétransmission.

Le mandat de prélèvement

Si vos ayants-droit⁽⁸⁾ sont également couverts par votre adhésion : joignez une photocopie de l'attestation Vitale récente pour chaque Assuré social (sauf s'il est déjà inscrit sur votre attestation Vitale).

Pour les enfants âgés de plus de 18 ans :

- Un certificat de scolarité pour les enfants âgés de plus de 18 ans et de moins de 27 ans qui poursuivent leurs études.
- Une copie de contrat de travail et un bulletin de salaire du dernier mois pour les enfants âgés de plus de 18 ans et de moins de 27 ans en apprentissage (ou assimilé).
- Un justificatif d'inscription au Pôle emploi pour les enfants qui sont à la recherche d'un premier emploi (fournir une attestation de chômage non indemnisé datant de moins de 6 mois).
- La photocopie de l'attestation Allocation Adulte Handicapé et du dernier avis d'imposition pour les enfants atteints d'un handicap.

(8) Ne peuvent être affiliés au titre du maintien de l'article 4 Loi Evin que vos ayants droit déjà inscrits sur votre contrat lorsque vous étiez en activité, sauf cas de naissance ou d'adoption.

SIGNATURE

Conformément à la loi informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vos données personnelles sont utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance, ainsi qu'à des fins de gestion commerciale sauf opposition de votre part, de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, et de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce dernier traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les données sont destinées à MMA IARD SA, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités et partenaires qui lui sont liés et à des organismes professionnels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant au Service Réclamations Clients MMA, informatique et libertés - 14 boulevard Marie et Alexandre OYON 72030 LE MANS Cedex 9.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je m'engage à signaler toute modification, notamment tout changement dans ma situation de famille si celui-ci modifie les termes du contrat. Je m'engage également à restituer les attestations de prise en charge (tiers payant) qui m'auront été transmises, en cas de cessation de l'assurance. Par la présente signature, je reconnais avoir pris connaissance des Conditions générales du contrat.

J'accepte de recevoir des offres commerciales.

Fait à _____

Le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Assureurs :

MMA IARD Société anonyme au capital de 537 052 368 euros, RCS Le Mans 440 048 882
MMA IARD Assurances Mutuelles Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126
Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans CEDEX 9
Entreprises régies par le code des assurances