

Contrat collectif santé

En application de la convention de participation conclue avec le Centre de gestion de la FPT de la Charente

Bulletin d'adhésion¹ Demande de modification¹

Date d'effet du contrat : 01 / 01 / 2022

L'adhésion au règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation prévue au règlement mutualiste. La date d'effet de votre adhésion figurera dans une lettre qui vous sera adressée.

Cadre réservé à la MNT :

N° contrat collectif : _____

N° groupe d'assurés : _____

Conseiller : Agence : _____

ID MNT : _____

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme* M.* Nom d'usage* : NARCUI Prénom* : Remaui

Nom de naissance* : _____ Date de naissance* : 02 03 1988

Ville de naissance* : SOYANX Département de naissance* : 16 Pays de naissance* : _____

Situation de famille¹ : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse* : 21 rue port leger

Code postal* : 16230 Ville* : FONTCLAIREAU

Téléphone domicile : 06 46 98 49 01

E-mail : remaui_0203@hotmail.com

N° Sécurité sociale* : 188031637401821 Régime général*¹ Autre (à préciser)*¹ : _____

Collectivité employeur ou dernière collectivité employeur (retraités) :

Employeur* : Commune d'Aussac-Vadalle SIRET* : 21160024200013

Adresse* : 61, rue de la République Ville* : AUSSAC-VADALLE

Code postal* : 16560 Profession : Aide technique Aventurial

N° matricule : 89 Titulaire¹ : oui non Retraité Catégorie¹ : A B C

Date d'embauche* : 01 09 2022

MON CHOIX DE GARANTIE MNT SANTÉ

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Montant de la cotisation mensuelle : 156,92 €

Mode de paiement de la cotisation¹ :

Prélèvement mensuel sur salaire. Dans ce cas, j'autorise mon employeur à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

Prélèvement mensuel bancaire, pour les retraités uniquement. Dans ce cas je joins un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

Date effet de l'adhésion* : 01 01 2025

LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE MON CONTRAT

	Nom*	Prénom*	Né(e) le	N° Sécurité sociale	Sexe ¹
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	BOIREAUD	CYNTHIA	10.09.1988	288091629201211	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre	NARCUI	NATHAN	20.05.2010	110051634134081	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre	NARCUI	JOSHUA	06.01.2013	113011634133374	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Je certifie l'exactitude et la sincérité des informations communiquées, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions figurant au dos du présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle, de la notice d'information du contrat, du barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion et des notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

Je reconnais aussi avoir reçu l'ensemble des documents précontractuels d'information, dont le devis comprenant la synthèse des besoins que j'ai exprimés.

J'ai pris connaissance des garanties conseillées par la MNT pour répondre aux besoins que j'ai exprimés et correspondant à mon profil et je déclare choisir librement les garanties sélectionnées ci-dessus.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la MNT¹ : par email par téléphone par courrier par SMS

J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires de la MNT¹ : par email par téléphone par courrier par SMS

Vous pouvez retirer votre consentement à la réception d'offres commerciales à tout moment en vous rendant sur votre espace adhérent ou sur demande écrite.

En cas d'adhésion réalisée à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique (voir au dos du présent bulletin d'adhésion) :

Je demande expressément l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours explicité au dos du présent bulletin d'adhésion et acquitte en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où j'exercerais ma faculté de renonciation, je serais tenu au paiement proportionnel du service fourni, conformément aux dispositions décrites dans la notice d'information.

1 - Cochez la case correspondante. * Champs obligatoires.

Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75 009 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 relevant du contrôle de l'A.C.P.R située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. 2023_CDG16-FPT_SCE.

Fait en 2 exemplaires à : Aussac - vadalle

Le : 18.12.2026

Signature précédée de la mention « J'ai lu et approuvé » :

Dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la MNT doit procéder à un contrôle des pièces justificatives fournies lors de la demande d'adhésion. Elle peut être amenée à vous demander des informations et/ou justificatifs complémentaires. La recevabilité et prise d'effet de l'adhésion seront conditionnées à l'étude de l'ensemble des éléments qui auront été transmis à la MNT.

 N'oubliez pas de joindre un RIB et une photocopie de l'attestation de votre carte vitale.