



www.smatis.fr

Angoulême, le 24 mars 2009

Monsieur GUILLEMETTE ANTHONY
147 rue de Limoges
Bureau 2
16000 ANGOULÊME

Monsieur,

Vous avez choisi d'adhérer à SMATIS FRANCE le 24 mars 2009 par Internet et nous vous en remercions.

Sachez que nous mettons tout en œuvre pour vous donner entière satisfaction.

Pour que votre adhésion à notre Mutuelle devienne définitive, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner, au moyen de l'enveloppe T ci-jointe, les pièces qui vous ont été demandées, à savoir :

- ✓ **Le bulletin d'adhésion ci-joint, complété et signé,**
- ✓ **L'autorisation de prélèvement automatique ci-jointe, complétée et signée, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire,**
- ✓ **Votre premier règlement par chèque qui se compose de votre première cotisation à 1 € (mois Responsable) et de votre deuxième mois de cotisation correspondant à la garantie que vous avez choisie, soit un montant de 56,36 €.**

Dès réception de ces documents, nous vous transmettrons votre carte Tiers Payant ainsi que les Statuts et le Règlement Mutualiste de notre Mutuelle que vous avez visualisés avant d'adhérer.

Attention : Sans retour de votre part de ces documents, nous serons au regret de ne pouvoir donner suite à votre adhésion.

Pour tous renseignements complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au 0 811 444 222 (prix d'un appel local) ou nous rencontrer dans l'une de nos agences la plus proche.

Vous remerciant encore une fois de la confiance que vous nous témoignez et restant à votre entière disposition,

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos sincères salutations.

**Votre Conseiller(e) Mutualiste,
Nicolas Peltier**

BULLETIN D'ADHÉSION

en ligne

AGENCE D'ANGOULÊME
Nicolas Peltier
1 rue Goscinny - 16000 Angoulême
angouleme@smatis.fr
0811 444 222
coût d'un appel local

**MUTUELLE SANTÉ
PRÉVOYANCE**
www.smatis.fr

Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N° RNM 781166293
6 à 14, rue du Piave - 16920 ANGOULÊME Cedex 9

Ref. dossier : 0001934

INFORMATION ADHÉRENT	Monsieur Anthony Guillemette		SANTÉ	PREVOYANCE		
147 rue de Limoges Bureau 2 16000 Angoulême Tél. 0505050505 - Mail : test@test.net	Travailleur non salarié : NON Bénéficiaire de la Loi Madelin : OUI			CAPITAL DECÈS	ALLOCATION HOSPITALIÈRE	GARANTIE OBSÈQUES
		Date d'effet : 24/03/2009		Date d'effet : 24/03/2009	Date d'effet : 24/03/2009	
Monsieur Anthony Guillemette Né(e) le 24/03/2009		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)	7,00 €	1,70 € (Critère1 100 €, Critère3 2 €)	1,33 €	5,00 € (Critère2 50 €)
Audrey Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Conjoint		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)	12,00 €			
Junior Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Enfant		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)	16,00 €			
Léa Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Enfant		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)	6,00 €		1,33 €	
Léo Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Enfant		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)	5,00 €			
Léo Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Enfant		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)				
Léo Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Enfant		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)				
Léo Guillemette Né(e) le 24/03/2009 - Enfant		N° Sécurité Sociale : 1811016341017 12 Caisse : 131 - Régime : CPAM (Sécurité Sociale)				

INFORMATION RÉGLEMENT	TOTAL (COTISATION MENSUELLE) :		COTISATION MENSUELLE TOTALE (SMATIS FAMILLE + PREVOYANCE)		
Votre premier règlement : 56,36 € (Mois responsable 1€ + cotisation mensuelle de 57,36 €) Type de paiement choisi : Chèque Mode de règlement de vos prochaines cotisations : Prélèvement mensuel le 10 du mois Télétransmission : OUI	46,00 €		1,70 €	2,66 €	5,00 €
	57,36 €				

DÉCÈS INVALIDITÉ FAMILLE
A) Conjoint/Concubin/Partenaire lié par un PACS : M / Mme / Mlle Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Nom de jeune fille _____ Profession _____ B) Les enfants à charge tels que définis à l'Article I-3 du Règlement Mutualiste. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> MONTANT DU CAPITAL GARANTI : 6098€ </div> <p>* Le capital garanti est identique pour l'adhérent et son conjoint concernant les enfants à charge, la garantie est limitée au remboursement des frais d'obsèques dans les limites fixées à l'annexe XXII.</p> <p>BENEFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DECES : Au titre de la réciprocité (Article L 223-3 du Code de la Mutualité) et de l'acceptation du bénéficiaire (Article L 223-11 du même code), le capital décès dû au titre du décès de l'un des assurés sera attribué à son conjoint, partenaire lié par un Pacs, concubin notoire survivant et, en cas de décès de ce dernier, selon l'ordre de priorité suivant : - aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, - à défaut, aux ayants droit en application des règles de la dévolution successorale légale.</p>

MENTIONS LÉGALES
<input checked="" type="checkbox"/> Je reconnais avoir reçu et lu les annexes relatives aux garanties souscrites et/ou la note d'information Décès-Invalidité et/ou Obsèques jointe (ce qui constitue donc récépissé) dans laquelle figurent notamment les informations légales concernant les modalités de désignation du bénéficiaire. L'adhérent certifie sincères et véritables les indications portées sur le Bulletin d'adhésion. Il reconnaît avoir déclaré tous les éléments en sa connaissance permettant d'apprécier l'étendue du risque. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part entraînera la nullité de son adhésion.

Uniquement pour la garantie DECES INVALIDITÉ FAMILLE	Fait à _____, le _____
Fait à _____, le _____ Signature du conjoint, concubin (précédée de la mention «Lu et approuvé Bon pour adhésion conjointe»)	Signature du membre participant (précédée de la mention «Lu et approuvé»)

PARTIE RÉSERVÉE À LA MUTUELLE	Ancien N° Adhérent :	Code campagne :	Produit :	Délais d'attente					
<input type="checkbox"/> Adhésion suite au décès du conjoint Apporteur principal : Apporteur secondaire :	Motif : Statut professionnel :	Code Garantie Santé : Code tarif :	A	OP	DE	OD	HO	MA	DS
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>