SOLIDARITÉ D'AQUITAINE - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, Siren n° 781 848 221, substituée par : **PAVILLON** PRÉVOYANCE

PAVILLON PRÉVOYANCE

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin

0 810 810 033 Service 0,05 € / min + prix appel ou **05 57 81 24 41**
LUNDI AU VENDREDI 8H/19H - SAMEDI 9H/12H

90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex - www.pavillon-prevoyance.fr

MUTUALITÉ FRANÇAISE MEMBRE DE LA

BULLETIN D'AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Gamme ACTIO TNS

À RENVOYER À :

Code : .....

❑ Adhésion ❑ Modification N° d'adhérent : .....
❑ Contrat ACTIO-TNS loi Madelin [1], mois de clôture comptable : .....
❑ Contrat SURCOMPLÉMENTAIRE [2] ❑ Contrat VOLTARIO Profession : .....

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

Adresse : .....
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... N° de Sécurité sociale : .....

E-mail : .....

Je suis averti(e) par e-mail à chaque remboursement sur mon compte bancaire (à défaut d'e-mail par SMS) [3]

Je demande mon adhésion et celle des membres de ma famille nommés ci-dessous à partir du .....
Cotisation mensuelle ..... **:** ..... **€**
Tarification valable jusqu'au 31 décembre 2020

L'affiliation au présent contrat entraine mon adhésion et celle des membres de ma famille désignés ci-dessous à l'association PAVILLON PRÉVOYANCE souscriptrice du contrat.

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Garantie choisie
.....	.....	..../..../.....	.....	.....
.....	.....	..../..../.....	.....	.....
.....	.....	..../..../.....	.....	.....
.....	.....	..../..../.....	.....	.....
.....	.....	..../..../.....	.....	.....
.....	.....	..../..../.....	.....	.....

Les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ou de modification de votre garantie ne sont pas pris en charge par Pavillon Prévoyance. Je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile.

Pièces à joindre avec votre bulletin d'affiliation :
- Photocopie de l'attestation papier jointe à votre carte Vitale pour vous et les membres de votre famille.
- Demande de prélèvement de cotisations complétée, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou Iban.
- Une attestation d'affiliation à jour des cotisations (pour professionnel indépendant).

Je demande le prélèvement automatique pour payer mes cotisations :
❑ Par mois ❑ Par trimestre ❑ Par semestre ❑ À l'année **À la date du :** ❑ 5 ❑ 10 ❑ 15
❑ Je souhaite percevoir mes remboursements sur un autre compte
Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal

Je reconnais avoir reçu la fiche conseil, les documents d'information sur la garantie santé et PAVILLON PRÉVOYANCE, la(les) fiche(s) garantie(s), les statuts, la notice d'information du contrat et le modèle de lettre de renonciation.

À..... Le..... / ..... / .....
Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

(1) Contrat Loi Madelin : la présente adhésion en tant que l'adhésion à l'association La Madelin dite « Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes » (A.N.P.P.I.). (2) Contrat réservé aux adhérents ayant souscrit un contrat ACTIO TNS 2 ou 3. Non responsable, non éligible à la loi Madelin. (3) En l'absence d'adhésion par email ou SMS, les justificatifs des remboursements santé sont envoyés tous les trois mois par voie postale. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par Pavillon Prévoyance dans un fichier informatisé pour être utilisées dans le cadre de la gestion de votre contrat frais de santé. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex. Pour accéder à notre Politique de Protection des Données : www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees. Conformément à l'article L223-1 et suivants du Code de la consommation vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

MANDAT de Prélèvement SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PAVILLON PREVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PAVILLON PREVOYANCE. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque*

N° I.C.S. FR23ZZZ487215

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : ..... Prénom : .....
N° et rue : .....
Code postal : ..... Ville : .....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Pavillon Prévoyance
90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex

À ..... Le ...../...../.....
Signature obligatoire :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

	Code établissement	Code guichet	N° du compte	Clé RIB
R.I.B				
I.B.A.N.				

Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

* Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Édition 2020 - BATNS