

BULLETIN D'ADHÉSION

ACM PRÉVENTION & SANTÉ

MUTUELLE DU LIVRE III DU CODE DE LA MUTUALITÉ

IDENTIFICATION DU MEMBRE PARTICIPANT MAJEUR

- ☐ Assuré santé ou prévoyance, titulaire d'un contrat santé /prévoyance auprès d'ACM IARD SA ou d'ACM VIE SA référencé numéro :
- ☐ Élu de caisse locale du Crédit Mutuel :
- ☐ Titulaire d'un contrat collectif frais de santé-prévoyance souscrit par une des entités de Crédit Mutuel Alliance Fédérale (salariés, anciens salariés, retraités...), référencé numéro :
- ☐ Professionnel du secteur de la santé et du bien-vieillir partageant les valeurs mutualistes incarnées par la Mutuelle.

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Sans civilité Nom d'usage : Nom de naissance (*) : Prénom(s) (*) : Date de naissance (*) : / / Pays de naissance (*) :	Adresse (*) : Complément : Code postal (*) : Commune (*) : Pays de résidence : E-mail (1) : Téléphone :
--	---

(*) Mentions obligatoires. (1) À remplir en MAJUSCULES.

Pour le bon suivi de votre adhésion, vous devez nous informer de tout changement d'adresse.

Pour recevoir les informations relatives à la mutuelle par SMS ou courrier électronique, cocher les cases suivantes :

- ☐ J'accepte de recevoir par sms des informations relatives à la mutuelle.
- ☐ J'accepte de recevoir par courrier électronique des informations relatives à la mutuelle.

COTISATIONS

Votre cotisation annuelle est d'un euro (1€). **L'adhésion est automatiquement renouvelée par tacite reconduction chaque année (au mois de janvier) moyennant le paiement de la somme d'un euro (1€).** Son paiement peut se faire par chèque ou prélèvement automatique. Si vous optez pour le prélèvement automatique, le mandat SEPA ci-dessous devra être complété et **accompagné impérativement** de votre relevé d'identité bancaire (RIB).

Renvoyez votre bulletin d'adhésion complété à ACM (GESTEL APS) - 4 Rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - 67000 Strasbourg accompagné des justificatifs suivants :

- copie de la pièce d'identité en cours de validité,
- chèque ou relevé d'identité bancaire en cas de règlement par prélèvement automatique.

Pour tout renseignement complémentaire : acmpreventionsante@acm.fr

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ACM Prévention & Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ACM Prévention & Santé.
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.

Les caractéristiques de votre mandat

Référence unique de mandat	Communiquée ultérieurement
Type de prélèvement	Récurrent
Objet de prélèvement	Le mandat s'applique au recouvrement de la cotisation annuelle d'adhésion à ACM Prévention & Santé. La périodicité du prélèvement sera annuelle ; le premier prélèvement interviendra dans le mois suivant l'adhésion, puis à chaque renouvellement en début d'année.
Votre compte débité (à compléter)	IBAN FR BIC

Les coordonnées de votre créancier

Nom	ACM Prévention & Santé
Identifiant Créancier SEPA	FR24ZZZ146048

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué

Nom (indiquez vos nom et prénom)	
----------------------------------	----------------------

Les informations personnelles contenues dans le présent mandat sont réservées au créancier et à la banque désignée. Elles ne sont pas utilisées à des fins autres que celles décrites dans le mandat.

Ce document vaut notification préalable de la présentation de l'ensemble des prélèvements opérés au titre de la présente adhésion.

La signature du présent bulletin d'adhésion vaut également acceptation du mandat de prélèvement SEPA inclus dans ce document.

Le signataire du mandat pourra exercer ses droits d'opposition, d'accès et de rectification prévus par la loi Informatique, Fichiers et Libertés auprès du créancier.

DÉCLARATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

Je reconnais vouloir adhérer en qualité de membre participant à la mutuelle ACM Prévention & Santé, avoir reçu gratuitement, pris connaissance et accepté, les documents suivants me permettant de m'engager en parfaite connaissance de cause :

- statuts de la mutuelle ACM Prévention & Santé
- règlement intérieur de la mutuelle ACM Prévention & Santé
- règlement de l'Aide Mutualiste en Santé

Vos données personnelles sont traitées par ACM Prévention & Santé en qualité de responsable de traitement pour la gestion de votre adhésion en qualité de membre participant de la mutuelle et pour permettre de vous faire bénéficier des avantages liés à celle-ci. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que d'un droit à la portabilité, à la limitation du traitement et d'opposition légitime à leur traitement. Pour l'exercice de vos droits et toutes demandes relatives à la protection des données, adressez-vous au Délégué à la Protection des données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine Pardon 69814 Tassin cedex. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr). Vous trouverez les plus amples renseignements quant à l'utilisation de vos données personnelles et l'exercice de vos droits sur www.acm.fr, en particulier la Charte de protection des données personnelles ACM Prévention & Santé, et/ou dans le règlement intérieur de la mutuelle.

La signature du présent document emporte l'adhésion à la mutuelle ACM Prévention & Santé.

L'adhésion pourra être résiliée dans les conditions prévues aux statuts.

Fait à le / /

Le membre participant
Faire précéder la signature de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

Pour toute adhésion d'une personne protégée, le bulletin doit être contresigné par le représentant légal.

