Solimut Mutuelle de France

Date d'effet
|0|1| |0|1| |2|0|2|0|

csmr
Couverture supplémentaire maladie des retraités

CCAS
Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière
www.ccas.fr

BULLETIN DE RÉ-INTÉGRATION CSMR
& AJOUT OPTION SÉCURITÉ OU CONFIANCE

À retourner à : PREVERE - 65 Rue des Trois Fontanot - 92000 Nanterre

VOTRE DEMANDE

	Nom (en majuscules)	Prénom (en majuscules)	Date de naissance
Adhérent	.....	.....	|_|_| |_|_| |_|_|

☐ Je souhaite la ré-intégration à mon contrat CSMR à la date du 01/01/2020 pour moi-même et le cas échéant pour l'ensemble de mes bénéficiaires.

AU CHOIX L'UNE DES OPTIONS FACULTATIVES DE RENFORT SÉCURITÉ OU CONFIANCE

Les nouvelles options de CSMR « Sécurité » & « Confiance » pour le renfort des couvertures répondent aux besoins de remboursements complémentaires sur les postes importants de santé, garantissent la continuité des remboursements et simplifient l'automatisation des règlements de prestations entre les différents niveaux de couverture.

4e niveau après la part CSMR pour des remboursements complémentaires	Formule Isolé[1] Cotisation mensuelle	ou	Formule Famille [2] Cotisation mensuelle
☐ Sécurité	7,00 €		14,00 €
☐ Confiance	16,00 €		32,00 €

[1] Si vous avez choisi la « Formule Isolé » pour CSMR, votre option Sécurité ou Confiance se basera également sur une « Formule Isolé ».

[2] Si vous avez choisi la « Formule Famille » pour CSMR, votre option Sécurité ou Confiance se basera également sur une « Formule Famille ».

☐ Je ne souhaite pas modifier mes garanties avec l'ajout de l'option « Sécurité » ou « Confiance ».

La date d'effet d'adhésion est subordonnée à la transmission de ce Bulletin de Modification de Garantie dûment complété et signé. La date d'effet sera le premier jour du mois indiqué (voir en haut du bulletin) si ce document parvient dûment renseigné à Solimut Mutuelle de France avant le 10 du mois indiqué. Dans le cas contraire, la date d'effet sera le premier jour du mois suivant.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information au contrat CSMR 93006 PNA 01.

Je soussigné(e) demande pour moi-même et les personnes ci-dessus désignées l'adhésion à la mutuelle Solimut Mutuelle de France dont j'ai pris connaissance des statuts. Je certifie l'exactitude des éléments indiqués. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires de Solimut Mutuelle de France et, notamment à transmettre toutes informations me concernant, nécessaires à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes de la Camieg). Dans le cas contraire, j'informe le Service Adhésion de Solimut Mutuelle de France de mon refus.

Je dispose d'un délai de rétractation d'un mois à compter de la date d'effet de mon adhésion.

Les prestations seront payées par virement et les cotisations prélevées sur le compte communiqué pour le prélèvement de la cotisation CSMR.

☐ J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de Solimut Mutuelle de France.

☐ J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de Solimut Mutuelle de France.

Fait à ..... le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature de l'assuré(e) :
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Solimut Mutuelle de France – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité – Siren n° 383 143 617 – Siège social : 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon
CCAS – 8 rue de Rosny – BP 629 - 93104 Montreuil Cedex
PREVERE – Siège social : 46 rue la Boétie 75008 Paris – RCS Paris 453 353 716 – Code APE 6622Z – N° Orias 07004210 site web www.orias.fr - sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue de Taitbout 75436 Paris Cedex 09