

N° contrat

Code producteur

Merci de joindre à votre bulletin d'adhésion rempli et signé :

- votre règlement :
 - mandat de prélèvement SEPA (en bas de page, rempli et signé si paiement par prélèvement choisi),
 - chèque (si mode de règlement choisi ou 1^{er} versement du prélèvement mensuel),

- un relevé d'identité bancaire ou postal au format IBAN pour vos remboursements de soins et le prélèvement de vos cotisations (si mode de règlement choisi),
- une copie de l'attestation de droit au régime obligatoire (si vous n'êtes pas affilié à la Sécurité sociale étudiante Vittavi).

Merci de renvoyer l'ensemble de ces documents dans une enveloppe non affranchie à :

Vittavi - Service Adhérents
Libre réponse n° 43940 - 33801 Bordeaux cedex

COORDONNÉES

VBAI_0571_02_0617

N° SÉCU (+ clé)

M. Mme Mlle

Nom

Nom de jeune fille

Prénoms

Date de naissance Départ. de naissance
(999 si étranger)

Commune de naissance (pays si étranger)

Nationalité

Êtes-vous actuellement affilié à la Sécurité sociale étudiante ? Oui Non

Adresse de l'étudiant

Résidence

Appartement N° et rue

Code postal Ville

Téléphone Port.

E-mail

Adresse des parents (si différente de celle de l'étudiant)

Appartement N° et rue

Code postal Ville

Téléphone

COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

ASSURANCES

- INDISPENSABLE ÉCO 5,77 €/mois
- INDISPENSABLE 7,15 €/mois
- PASS SANTÉ 8,33 €/mois
- INITIALE 10,72 €/mois
- CONFORTABLE 18,13 €/mois
- CONFORTABLE+ 22,72 €/mois
- IDÉALE+ 33,70 €/mois
- MAGISTRALE+ 44,17 €/mois
- PACK SERVICES VITTAVI 36 €/an

- ASSURANCE ÉTUDIANT VITTAVI 16,20 €/an
- chèque
- prélèvement*

Choix du mode de règlement

- Prélèvement* : annuel semestriel trimestriel mensuel**
- Chèque (à l'ordre de Vittavi) : annuel semestriel

* Règlement par prélèvement : pour le paiement des cotisations par prélèvement, merci de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA en bas de page.
** Versement de la 1^{ère} échéance par chèque obligatoire.

Règlement en une seule fois.

* Règlement par prélèvement : pour le paiement des cotisations par prélèvement, merci de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA en bas de page.

Contrats souscrits par l'intermédiaire de S2C - 432, bd Michelet - 13009 MARSEILLE. ORIAS 07 030 727- RCS 395 214 646 00022 - SARL de courtage d'assurances au capital de 7622,45 € auprès de auprès de AXA France IARD (26, rue Drouot - 75009 PARIS), Société régie par le Code des Assurances, et Chubb European Group Limited, compagnie d'assurance de droit anglais sise 100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP, immatriculée sous le numéro 1112892 et dont la succursale pour la France est sise Le Collisée, 8, avenue de l'Arche à Courbevoie (92400), numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre. RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union technique d'assurance régie par le Livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin - B.P. 62127 - 44121 VERTOU Cedex, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de VERTOU sous le numéro 444 269 682 00027 et inscrite au Répertoire Sirène sous le n° 444 269 682. La garantie Assurance sportive est assurée par la Mutuelle des Sportifs - 2-4, rue Louis David, 75782 PARIS cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité, soumise au livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren n° 422 801 910.

DATES D'EFFET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ & ASSURANCES

Complémentaires santé • À compter du 1^{er} octobre : L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion. Le membre participant bénéficie des prestations offertes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit à compter de la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Date souhaitée de prise d'effet du contrat :

Assurances • Votre adhésion et vos garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} octobre 2017. Pour toute adhésion après le 1^{er} octobre 2017, la date d'effet est le lendemain OH de la date de souscription. Exception : pour les primo adhérents qui règlent les cotisations entre le 01/07 et le 30/09, la date d'effet de la garantie dite "Assurance Etudiant Vittavi" est le lendemain OH et au plus tôt le 1^{er} juillet.

Durée du contrat Complémentaires santé ou Assurances : de la date d'effet au 30 septembre suivant. Votre contrat est ensuite renouvelé pour un an par tacite reconduction sauf dénonciation par lettre recommandée au moins 2 mois avant l'échéance annuelle de votre contrat, soit avant le 31 juillet de l'année en cours.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

* Je certifie l'exactitude et la sincérité des indications figurant sur le bulletin d'adhésion et je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de la garantie. Je déclare avoir pris connaissance des Statuts, du règlement mutualiste et des notices d'informations offertes à la garantie souscrite disponibles sur www.vittavi.fr, en agence ou sur simple demande au 0825 825 715 (0,18€ TTC/min) ou à l'adresse suivante : Vittavi - Service Relation Clientèle - Parc d'activités de la Grande Plaine - 2 impasse Henri Pitot - CS 55876 - 31506 Toulouse Cedex 5. J'autorise Vittavi à traiter mes décomptes de prestations par télétransmissions avec mon régime obligatoire. Je m'engage à fournir toutes pièces complémentaires nécessaires à la gestion de mon adhésion sur simple demande de Vittavi.*

Traitement des données personnelles. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée le 6 août 2004, les traitements des données réalisés à caractère personnel dans le cadre de nos actions de marketing direct (prospection ou fidélisation) ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), qui a délivré un récépissé sous le n° 161 49 75. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à cil@eovi-mcd.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Extrait de la convention de substitution conclue entre Vittavi (mutuelle régie par le Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRÈNE sous le N° 775 584 980, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité) et Eovi Mcd mutuelle : " En application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, Eovi Mcd mutuelle (173 rue de Bercy - 75012 PARIS), inscrite au Répertoire SIRÈNE sous le n° 317 442 176, se substitue intégralement à Vittavi (Parc d'activités de la Grande Plaine, 2 impasse Henri Pitot à Toulouse 31500) pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la cédante, relevant des branches 1 et 2, tels qu'ils sont définis dans le règlement mutualiste de Vittavi. Si l'agrément d'Eovi Mcd mutuelle lui était retiré pour l'une de ces deux branches, les garanties seraient réliées le dixième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant ou au souscripteur du contrat collectif*."

Oui, je souhaite recevoir des informations sur les études, la santé, la protection sociale et les assurances étudiantes de la part de Vittavi ou de ses partenaires.

Fait à

le

SIGNATURE OBLIGATOIRE du membre participant (ou du représentant légal pour les mineurs) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Mandat de prélèvement européen SEPA (à remplir et à retourner à la mutuelle Vittavi, si paiement par prélèvement choisi)

Numéro d'adhérent (si déjà adhérent Vittavi)

Référence unique du mandat

(zone réservée à Vittavi)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle Vittavi à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle Vittavi.

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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Titulaire du compte à débiter (champs obligatoires)

Nom Adresse

Prénoms Code postal

Date de naissance Ville Pays

Type de paiement : Récurrent Coordonnées du compte bancaire débiteur

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

BIC

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Prélèvement* : annuel semestriel trimestriel mensuel

* AEV, Pack Services Vittavi : prélèvement annuel uniquement

Créancier : VITTAVI - Parc d'activités de la Grande Plaine 2 impasse Henri pitot - CS 55876 31506 Toulouse Cedex 5 Identifiant créancier SEPA : FR67ZZZ403876

Fait à

le

Vous acceptez que les prélèvements sur votre compte soient effectués aux dates et pour les montants indiqués sur l'échéancier de votre appel de cotisation.

SIGNATURE OBLIGATOIRE précédée de la mention « Lu et approuvé »