

Grid for contract number

Grid for producer code

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

- votre règlement :
- mandat de prélèvement SEPA
- chèque

- un relevé d'identité bancaire ou postal au format IBAN
• une copie de l'attestation de droit au régime obligatoire

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

Commune de naissance (pays si étranger)

Nationalité

Êtes-vous actuellement affilié à la Sécurité sociale étudiante ?

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\*

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 €

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 1ère échéance par chèque obligatoire.

DATES D'EFFET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ & ASSURANCES

Complémentaires santé • À compter du 1er 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.

Assurances • Votre adhésion et vos garanties prennent effet, au plus tôt, le 1er octobre 2017. Pour toute adhésion après le 1er octobre 2017, la date d'effet est le lendemain OH de la date de souscription.

Date souhaitée de prise d'effet du contrat :

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.

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.

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.

Fait à
le

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\*.

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

Fait à
le

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

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 »