

sérénité

Une couverture de qualité

confort

A vos côtés à tout âge

essentielle

L'essentiel de votre protection santé

plus

Une surcomplémentaire pour améliorer votre protection santé



Voici le bulletin d'adhésion aux offres IBaMéo. Celui-ci vous rappelle les modalités d'adhésion et la liste des pièces à fournir. Il contient le formulaire et l'autorisation de prélèvement SEPA à remplir et à nous renvoyer à l'adresse suivante :
Mutuelle IBaMéo - CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9

MPIBM-PU-301-0118



Guide d'adhésion

Pour adhérer, c'est simple !

POUR ADHÉRER, 2 POSSIBILITÉS S'OFFRENT À VOUS :

- **L'ADHÉSION EN LIGNE** <http://www.ibameo.fr/1124-adhesion-en-ligne.html>

- **L'ADHÉSION PAR COURRIER** à envoyer sous enveloppe à :

Mutuelle I BaMéo

CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9

Si vous n'êtes pas déjà adhérent à la Mutuelle I BaMéo

- ✓ formulaire d'adhésion complété, daté et signé ;
- ✓ Autorisation ci-jointe de prélèvement par mandat dûment complétée et signée (p5) ;
- ✓ Relevé d'identité bancaire ;
- ✓ Pour les offres «I BaMéo essentielle, confort et sérénité», copie de l'attestation des droits de la carte vitale (pour tous les membres inscrits) ;
- ✓ Pour un conjoint, photocopie du livret de famille, de l'acte de mariage, du certificat de PACS ou une attestation sur l'honneur de vie commune datant de moins de 3 mois ;
- ✓ Pour un enfant, la copie d'un document d'état civil attestant de la filiation ;
- ✓ Attestation d'adhésion à une complémentaire santé pour l'offre « I BaMéo plus ».

Si vous êtes déjà adhérent à la Mutuelle I BaMéo

- ✓ formulaire d'adhésion complété, daté et signé ;
- ✓ Pour un conjoint, photocopie du livret de famille, de l'acte de mariage, du certificat de PACS ou une attestation sur l'honneur de vie commune datant de moins de 3 mois ;
- ✓ Pour un enfant, la copie d'un document d'état civil prouvant la filiation.

Vous recevrez ensuite :

- votre carte d'adhérent Tiers payant, (sauf dans le cas d'une adhésion à la surcomplémentaire I BaMéo plus)
- votre échéancier concernant le prélèvement de vos cotisations.

Vous avez déjà une complémentaire santé auprès d'un autre organisme ?

Nous prenons le relais et vous couvrons sans interruption et sans délai de carence.

Il vous suffit de demander la résiliation de votre contrat auprès de votre complémentaire santé actuelle à l'aide du modèle de lettre page 4 à compléter, dater, signer et à envoyer en recommandé avec accusé de réception à l'organisme qui vous assure actuellement.



Fiche d'information

MODALITÉS D'ADHÉSION

1. Sous réserve du paiement de votre cotisation, les garanties prennent effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre dossier complet de demande d'adhésion (le cachet de la poste faisant foi).
2. Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations.
3. L'adhésion est valide pour l'année civile ; elle est ensuite tacitement reconduite par période successive d'un an au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation notifiée par l'une ou l'autre des parties avec un préavis de 2 mois.
4. Toute adhésion concerne l'adhérent et le(s) éventuel(s) ayant(s) droit - les ayants droit et l'adhérent sont couverts par la même offre.
5. L'adhésion à l'offre « IBaMéo plus » n'est recevable qu'à la condition d'être déjà adhérent à une complémentaire santé.
6. Toute première adhésion ou réadhésion à une offre de la gamme IBaMéo est possible jusqu'au 71^{ème} anniversaire.

Droit de renonciation - Conformément au Code de la mutualité, vous pouvez, pendant les 14 jours calendaires à compter de la conclusion de votre adhésion, renoncer à celle-ci. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : Mutuelle IBaMéo - CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9, établie selon le modèle ci-après : « Je soussigné (nom prénom adresse) vous informe que je renonce à donner suite à mon adhésion n° XXX au contrat IBAMEO souscrite en date du JJ/MM/AAAA et vous prie de bien vouloir me restituer les cotisations versées. Je m'engage à rembourser le montant des prestations qui m'ont été versées. Fait àle JJ/MM/AAAA. Signature ». La Mutuelle IBaMéo s'engage alors à rembourser, dans un délai de 30 jours à compter de la réception du courrier recommandé, l'intégralité des cotisations versées sous déduction des éventuelles prestations qui auraient été versées durant cette période.

Si vous souhaitez que votre adhésion prenne effet avant ce délai légal de renonciation, pensez à cocher la case d'acceptation sur le bulletin d'adhésion.

IMPORTANT




Il est à noter que, conformément au règlement mutualiste de l'offre :

- la cotisation évolue notamment en cas de changement de tranche d'âge (tranche d'âge : 0-30 ans, 31-40 ans, 41-50 ans, 51-61 ans, plus de 62 ans) ;
- seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux, ou hospitalisations commencés postérieurement à la date d'ouverture du contrat ;
- pour tout changement d'offre, il suffit de nous envoyer votre demande par recommandé avec avis de réception 2 mois avant la date de renouvellement soit le 31 octobre au plus tard. Au terme de ce délai, la nouvelle garantie prendra effet dès le 1^{er} janvier de l'année suivante.

www.ibameo.fr

PENSEZ-Y !

Suivez vos remboursements santé sur notre site Internet grâce **aux notifications de prestations !**

-  Rapide : vous recevez par email la notification de tout remboursement effectué par la Mutuelle
-  Sûr : vos relevés sont archivés pendant 24 mois dans votre Espace Adhérent
-  Ecologique : cet abonnement remplace l'envoi des relevés par courrier.



Pour toute question,
vous pouvez consulter le site internet www.ibameo.fr
ou nous appeler  09 69 39 98 00  0 800 000 700 Service & appel gratuit

numéro non surtaxé

Modèle de lettre pour résilier sa complémentaire santé

Mes coordonnées :

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Destinataire :

Monsieur le Directeur :

Référence du contrat :

N° _____, _____

A _____, le _____

Recommandé avec accusé de réception

Monsieur le Directeur,

Je vous informe, par la présente, de ma décision de résilier le contrat santé dont les références sont indiquées ci-dessus,

A effet du : _____

Merci de bien vouloir m'adresser rapidement un certificat de radiation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature :

L'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la signature du bulletin d'adhésion.

Date d'adhésion souhaitée : 01 / ___ / _____ (JJ/MM/AAAA)

ADHÉRENT	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. NOM	
	PRENOMS	
	N° Sécurité Sociale	Clé
	Lien Noémie : <input type="checkbox"/> Non	
	Date de naissance	
	Adresse	
	Code Postal	Ville
	E-mail	
	Téléphone	Voulez-vous recevoir vos décomptes par email ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cat. socio-professionnelle : <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Employé	

J'adhère au contrat : IBaMéo essentielle IBaMéo confort IBaMéo sérénité IBaMéo plus

Je souhaite faire adhérer :

Nom & Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° de sécurité sociale	Clé

JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom : _____ SIGNATURE : _____

Fait à : _____ Le : _____

Pour permettre à la Mutuelle IBaMéo de fournir le service demandé et communiquer avec vous, vous devez nécessairement nous fournir des données personnelles vous concernant (tous les champs sont obligatoires pour pouvoir traiter votre demande), qui feront l'objet d'un traitement de données à caractère personnel. Sauf opposition de votre part, elles pourront être communiquées aux régimes obligatoires d'assurance maladies (AMO) à des fins de télétransmission et d'établissement du lien NOEMIE. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement pour des motifs légitimes. Vous pouvez aussi nous faire parvenir des directives spéciales relatives au sort de vos données personnelles après votre mort. Pour exercer ces droits, il suffit de nous adresser un courrier à : mutuelle@ibameo.fr ou Mutuelle IBaMéo - CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9.

- J'ai lu et accepté les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle, ainsi que le règlement de l'offre à laquelle j'adhère (conditions générales et particulières)
- J'accepte, le cas échéant, que la date de prise d'effet des garanties intervienne avant la fin du délai légal de mon droit de renonciation (14 jours - cf p3)
- Si vous acceptez de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle IBaMéo, merci de cocher cette case
- Si vous acceptez de recevoir des offres commerciales de la part de nos partenaires, merci de cocher cette case

Les réclamations sont à adresser au centre de gestion de la Mutuelle IBaMéo - CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9

Mandat de prélèvement

ICS du créancier **FR22ZZZ122998**

Mandat de prélèvement SEPA récurrent : En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part la Mutuelle IBaMéo à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et d'autre part votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle IBaMéo. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle, et acceptez que le délai de prévenance du prélèvement SEPA soit de 5 jours. 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.

Référence Unique du Mandat

NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	REFERENCE DU COMPTE A DEBITER
----------------------------	-------------------------------

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

SIGNATURE _____