

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 IBAMEO. 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 IBAMEO - CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9



Guide d'adhésion

Pour adhérer, c'est simple !

POUR ADHÉRER, 2 POSSIBILITÉS S'OFFRENT À VOUS :

- L'ADHÉSION EN LIGNE sur le site internet de la Mutuelle : www.ibaseo.fr
- L'ADHÉSION PAR COURRIER à envoyer à : Mutuelle IBAMEO
CS 30 000 - 79077 Niort Cedex 9

Si vous n'êtes pas déjà adhérent à la Mutuelle IBAMEO

- ✓ Formulaire d'adhésion complété, daté et signé ;
- ✓ Autorisation ci-jointe de prélèvement par mandat dûment complétée et signée (p6) ;
- ✓ Relevé d'identité bancaire ;
- ✓ Une copie de l'attestation des droits de la carte vitale (pour tous les membres inscrits) ;
- ✓ Attestation d'adhésion à une complémentaire santé pour l'offre « IBAMEO plus ».
- ✓ Dans tous les cas, la présentation sur demande de la Mutuelle de pièces justificatives complémentaires conditionne le bénéfice des garanties.

Si vous êtes déjà adhérent à la Mutuelle IBAMEO

- ✓ Formulaire d'adhésion complété, daté et signé ;

Vous recevrez ensuite :

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

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 (sauf cas particulier spécifié dans les conditions particulières de nos offres).

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 « IBAMEO plus » n'est recevable qu'à la condition d'être déjà adhérent à une complémentaire santé.

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 IBAMEO - 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 IBAMEO 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 !

Créez votre espace adhérent sur notre site internet pour bénéficier de nos services digitalisés !

-  Rapide : vous recevez par email la notification de tout remboursement effectué par la Mutuelle
-  Simple : via notre formulaire envoyez nous en 2 clics vos justificatifs
-  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

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 réception du bulletin d'adhésion.

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

ADHÉRENT

Mme M. NOM _____
 PRENOMS _____
 N° Sécurité Sociale _____ Clé _____ Lien Noémie : Non
 Date de naissance _____
 Adresse _____

 Code Postal _____ Ville _____
 E-mail _____
 Téléphone _____ Voulez-vous recevoir vos décomptes par email ? Oui Non
 J'accepte de recevoir toute information commerciale par voie électronique de la part de la mutuelle concernant ses produits et services Oui Non
 Cat. socio-professionnelle : Indépendant Retraité Sans activité Cadre Employé

J'adhère au contrat :

IBAMEO essentielle **IBAMEO** confort **IBAMEO** sérénité **IBAMEO** plus

Je souhaite faire adhérer :

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

Les données recueillies feront l'objet de traitements par IBAMEO, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurances. Elles pourront être transmises aux partenaires d'IBAMEO aux mêmes fins. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, pour la lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr. Vous pouvez exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles en adressant votre demande au Service du DPO par voie postale au siège d'IBAMEO. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr)

- Je déclare que le document d'information standardisé relatif à l'offre à laquelle j'adhère m'a bien été remis
- 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)

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

- Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ces données.

JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom : _____

Fait à : _____ Le : _____

SIGNATURE :

Cadre réservé à la Mutuelle

Nom du Contrat :

N° Adhérent :

Mandat de prélèvement

ICS du créancier **FR2ZZZ122998**

Mandat de prélèvement SEPA récurrent : En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part la Mutuelle IBAMEO 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 IBAMEO. 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

COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Pays : _____

COMPTE À DÉBITER

IBAN : _____
BIC : _____

Type de paiement :

Paiement récurrent /répétitif

Paiement ponctuel

À : _____

Le : _____ **SIGNATURE**
