

DELAI DE CARENCE

Le droit aux prestations prend effet dans un délai de trois mois.

Toutefois, les membres ayant cotisé sans interruption, dans une mutuelle régie par le code de la mutualité, sont admis par mutation immédiate.

ADHESION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 9 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion en double exemplaire.

L'admission des membres est décidée par le Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

DEMISSION - RADIATION

Pour les conditions et modalités, se conformer au paragraphe 2 de la suspension d'affiliation – titre 1 du Règlement Mutualiste.

EXCLUSION

Pour les conditions et modalités, se conformer à l'article 13 – chapitre 2 – titre 1 des Statuts.

CONSEQUENCES DE LA DEMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et ne peuvent faire l'objet d'une réintégration ultérieure sauf stipulations contraires prévues aux règlements mutualiste et intérieur.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion.

CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS

Tout changement administratif (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, appartenance à une autre mutuelle, changement d'adresse, de compte bancaire, etc.) doit être signalé dans les meilleurs délais au secrétariat de la mutuelle, notamment au moyen des imprimés « bulletin d'adhésion des ayants droit » et « demande de radiation des ayants droit », disponibles au secrétariat de la mutuelle. Aucune interruption ne doit intervenir dans le paiement des cotisations.

Dans le cas où le membre participant n'aurait pas fait procéder à l'admission de son conjoint ou concubin et à celle de ses enfants au moment de sa propre admission ou changement de situation familiale, toute demande d'admission ultérieure ne prendra effet que le premier jour du mois suivant la demande.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les membres participants acquittent leur cotisation par avance :

- soit par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ;
- soit par chèque semestriellement ou annuellement.

Le coût supplémentaire inhérent au prélèvement automatique peut être imputé à l'adhérent.

Les membres participants bénéficiant du système de prélèvement automatique doivent informer le secrétariat de la mutuelle 1 mois avant la date d'exigibilité des cotisations de tout changement de compte.

L'arrêt du paiement des cotisations entraîne la suppression du service des prestations pendant la durée de l'interruption des versements même si les cotisations arriérées sont ensuite réglées tardivement.

En cas de radiation d'un membre participant en cours de mois, la cotisation reste due pour le mois entier.

PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

1 – Prestations complémentaires

La mutuelle assure un remboursement égal à la différence entre le montant des prestations en nature effectivement payées par la sécurité sociale et la valeur de ces prestations au tarif de 100% de la sécurité sociale, dans le cadre du parcours de soins.

2 – Prestations supplémentaires

Des prestations supplémentaires sont attribuées à l'occasion de certaines dépenses excédant le tarif de responsabilité de la sécurité sociale

3 – Prestations particulières

Des prestations particulières sont réglées dans les cas où la sécurité sociale n'intervient pas.

4 – Prestations du fonds d'action sociale

Ces prestations, prélevées sur une somme votée chaque année par l'assemblée générale, sont versées dans la limite des crédits disponibles.

CAPITAL DECES INVALIDITE

Les membres participants mentionnés à l'article 9.1-1 des statuts sont assurés obligatoirement par le contrat souscrit auprès de la CNPAssurances (contrat 0394D). Les conjoints, les concubins notoires et les signataires d'un PACS bénéficiant des prestations maladie par la mutuelle ou ne bénéficiant pas des prestations mais dont les membres participants ont demandé leur rattachement, adhèrent au contrat. Les membres participants et les conjoints atteignant l'âge de 65 ans en cours d'année restent assurés jusqu'au 31 décembre, pour le même montant que les bénéficiaires de moins de 65 ans.

Sauf indication contraire manifestée par l'adhérent, l'ordre d'attribution des bénéficiaires du capital décès-invalidité est établi dans l'ordre chronologique de la liste type fixée par le règlement mutualiste. Le membre participant peut attribuer le capital décès-invalidité à un ou des bénéficiaires désignés en remplissant la fiche « modification de la liste des bénéficiaires du capital décès-invalidité ».

PIECES A FOURNIR

- Bulletin ci-joint.
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale.
- Liste des bénéficiaires du Capital décès-invalidité.
- Attestation de radiation de votre ancienne mutuelle.
- Un RIB ou RIP complet.

L'attestation de sécurité sociale est le document le plus important afin de mettre en place la télétransmission auprès de la caisse de sécurité sociale où les ayants droit sont couverts pour bénéficier des remboursements de la mutuelle.



MODIFICATION DE LA LISTE TYPE DES BENEFICIAIRES DU CAPITAL – DECES-INVALIDITE

Je soussigné,

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

N° mutuelle : N° Sécu. Soc. :

Adresse :

Code postal :

Localité :

Déclare : avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle des sapeurs-pompiers de Paris.

attribuer le capital assuré à :

	Pourcentage attribué (1)
NOM	<input type="text"/>
Prénom	
Date de naissance	
ADRESSE	
.....	
ou à défaut (1)	
NOM	<input type="text"/>
Prénom	
Date de naissance	
ADRESSE	
.....	
ou à défaut (1)	
NOM	<input type="text"/>
Prénom	
Date de naissance	
ADRESSE	
.....	

Fait à Le

Signature de l'intéressé

(1) En cas d'attribution du capital à plusieurs bénéficiaires, rayer la mention « ou à défaut » et indiquer le pourcentage attribué à chacun d'entre eux (le total des pourcentages doit être égal à 100 %).

	Mandat de Prélèvement SEPA	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
	Référence unique du mandat	
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et ? , votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS. 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 :</p> <p>- 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.</p> <p>Veuillez compléter les champs marqués *</p>		
Votre Nom	* Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	* Numéro et nom de rue	
	* [][][][][] * Code Postal Ville	
	* Pays	
Les coordonnées de votre compte	* [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	* [][][][][][][][][][][][][][] Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	* MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS Nom du créancier	
	* FR78ZZZ200948 Identifiant du créancier	
	* 104 AVENUE DE FONTAINEBLEAU Numéro et nom de la rue	
	* [][][][][] * LE KREMLIN BICETRE Code Postal Ville	
	* France Pays	
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Signé à	* Lieu Date : JJ/MM/AAAA	
Signature(s)	Veuillez signer ici []	
<p>Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p>		
<p>Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.</p>		
Code identifiant du débiteur Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir. Code identifiant du tiers débiteur Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers. Code identifiant du tiers créancier Numéro d'identification du contrat Description du contrat	
Contrat concerné Numéro d'identification du contrat Description du contrat	
A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier	