Solimut Mutuelle Centre Océan

Bulletin d'adhésion

Pack Business TNS Indépendant

Cadre réservé à la Mutuelle
Code région
Code Apporteur

Adhésion n° : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Contrat n° : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Première Adhésion** ☐ **Modification**

Le contrat Business des Indépendants est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'ANDPI auprès de Mutuelle Solimut Centre Océan. Il a pour objet la couverture complémentaire santé des membres de l' ANDPI (non-salariés) qui adhèrent audit contrat par le biais du présent bulletin d'adhésion. L'adhésion au contrat sus référencé permet au Travailleur Non Salarié de bénéficier des exonérations fiscales Loi Madelin (article 154 bis du Code Général des Impôts).

Adhérent

Nom : _____ Prénom : _____

demeurant : _____

code postal : |_|_|_|_|_| ville : _____

téléphone : _____ Portable : _____ Email : _____

Agissant en qualité de :

☐ Travailleur Indépendant (commerçant, artisan, profession libérale)

Ou

☐ _____ de la société _____

Forme juridique : ☐ SNC ☐ Société en commandite simple

☐ EURL ☐ SARL ☐ SA

Autre : _____

Adresse : _____

Code Postal |_|_|_|_|_| Ville : _____

N° de SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code APE : |_|_|_|_|_|

Assureur

Mutuelle Solimut Centre Océan - 66 rue du château d'eau, CS 71069 - 28305 Mainvilliers Cedex

Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, adhérente à la FNMF, RNM 781 343 249

Formule Souscrite

Option : ☐ Essentiel ☐ Performance ☐ Excellence

* l'adhérent ne peut choisir un niveau de formule supérieur ou inférieur de deux niveaux par rapport à la formule de base.

Cotisation Mensuelle

La formule souscrite par le Travailleur Non Salarié est calculée en Euros selon le pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et évolue avec ce dernier. Elle est payable mensuellement à terme échu par prélèvement automatique.

☐ 1ère option – **Cotisation Unique :** _____

☐ 2ème option – **Cotisation Adulte :** _____ - **Cotisation Enfant** : _____

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - PMSS 2020 : 3 428 euros

Date d'effet

L'adhésion prend effet le : |0|1|_|2|0|_|_| (au plus tôt le 1er du mois suivant la signature du présent document)

- **J'atteste être adhérent de l' ANDPI et être à jour dans le paiement de mes cotisations obligatoires d'assurance maladie et vieillesse et m'engage à l'être aussi à chaque date de renouvellement de mon adhésion en apportant un justificatif délivré par les caisses d'assurance maladie et vieillesse concernées. Je m'engage à signaler tout changement dans mon statut. Je suis informé qu'un exemplaire de la notice d'information du contrat sus référencé et des statuts de la Mutuelle Solimut Centre Océan me parviendront avec mon bulletin d'adhésion définitif.**
- **Je suis informé que je bénéficie d'un délai de renonciation de 30 jours à compter de la date d'effet du présent bulletin d'adhésion et que ma demande doit être adressée dans ce cas à la direction générale de la Mutuelle Solimut Centre Océan (L 223-8).**

Fait en deux exemplaires le : _____

A : _____

Signature du Travailleur Non Salarié et cachet de l'entreprise