



# MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE

Registre National des Mutuelles n° 784 338 618 - Organisme régi par le Livre II du Code de la Mutualité

22, RUE DE L'ARCADE 75397 PARIS CEDEX 08

## COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE DANS L'OFFICE NOTARIAL

# Bulletin d'affiliation

*A la date de son affiliation, le salarié devient membre participant de la Mutuelle*

CODE OFFICE N° .....

DÉNOMINATION .....

N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : .....

 **Annexer obligatoirement photocopie de l'attestation en cours de validité jointe à la carte Vitale**

NOM : .....

NOM (jeune fille) : .....

PRÉNOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

 **Obligatoire**

### AYANT(S) DROIT bénéficiant des prestations maladie servies par la CRPCEN

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	SEXE

**INFORMATIQUE ET LIBERTES** : Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet et ne pourront être communiquées qu'aux tiers déclarés auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés notamment, la Caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez et dépendent vos ayants-droit (échange de données informatiques en vue du règlement des prestations dues par la Mutuelle). **Vous pouvez à tout moment vous opposer à cette transmission par écrit.**

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer le droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

**Facultatif**

**AUTRES AYANTS DROIT** (bénéficiaires des prestations maladie servies par le régime général de Sécurité Sociale -CPAM-, le régime "étudiant" de Sécurité Sociale ou d'un régime de Sécurité Sociale pratiquant les taux CPAM).

N° SÉCURITÉ SOCIALE du ou des bénéficiaires	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	SEXE

**✓ Joindre pour chacun de ces ayants droit :**

- photocopie de l'attestation délivrée par son régime de Sécurité Sociale en cours de validité
- certificat de radiation de la précédente mutuelle
- certificat de scolarité pour les étudiants
- photocopie du Contrat ou Attestation de PACS pour les concubins
- un RIB ou un RIP pour le versement des prestations.

**L'affilié (e) reconnaît être en possession et avoir pris connaissance des statuts, du règlement mutualiste et de la notice d'information de la MCEN**

**DATE :** .....

**Signature du Salarié**

**Cachet de l'Office**

**AUTRES INFORMATIONS**

**ORGANISME DE CONTROLE**

**ACP**  
61 rue Taitbout  
75436 PARIS CEDEX 09

**FONDS DE GARANTIE**

**SYSTÈME FÉDÉRAL DE GARANTIE (SFG)**  
union régie par le Code de la Mutualité  
(R.N.M n° 442 572 723)  
225, rue de Vaugirard – 75719 PARIS CEDEX 15

**Art. 9 de la Loi du 31 décembre 1989 (1<sup>er</sup> alinea) :**

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité Sociale ».

**Art. 2 du décret du 30 août 1990 (1<sup>er</sup> alinea) :**

« Pour l'application du 2<sup>ème</sup> alinea de l'article 9 de la Loi du 31 décembre susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix ».