



malakoff médéric

# DOSSIER D'ADHÉSION MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## OFFRE RÉSERVÉE

AUX ADHÉRENTS DES AMICALES  
DE RETRAITÉS DU GROUPE  
PSA PEUGEOT CITROËN.

# NOUVELLES COTISATIONS MENSUELLES

(par personne à compter du 01/01/2016)

## RÉGIME GÉNÉRAL

	TONIQUE 1 50+	TONIQUE 2 50 +	ÉNERGIQUE 2 50 +
- de 18 ans	30,87 €	33,75 €	50,12 €
[18-24 ans]	28,51 €	33,00 €	45,33 €
[25-29 ans]	32,60 €	38,61 €	54,32 €
[30-34 ans]	37,78 €	44,75 €	65,91 €
[35-39 ans]	42,47 €	52,00 €	77,50 €
[40-44 ans]	46,06 €	56,41 €	84,27 €
[45-49 ans]	52,85 €	61,03 €	90,84 €
[50-54 ans]	58,16 €	66,33 €	98,73 €
[55-59 ans]	63,46 €	73,26 €	109,37 €
[60-64 ans]	71,60 €	82,90 €	121,74 €
[65-69 ans]	82,02 €	93,48 €	136,05 €
[70-74 ans]	94,85 €	108,16 €	158,24 €
[75-79 ans]	104,33 €	118,97 €	174,06 €
[80-84 ans]	114,77 €	130,87 €	191,46 €
[85 ans et +]	126,25 €	143,96 €	210,61 €

## RÉGIME ALSACE – MOSELLE / MINIER

	TONIQUE 1 50+	TONIQUE 2 50 +	ÉNERGIQUE 2 50 +
- de 18 ans	17,73 €	20,73 €	33,60 €
[18-24 ans]	16,02 €	20,21 €	30,78 €
[25-29 ans]	18,24 €	23,64 €	36,85 €
[30-34 ans]	21,14 €	27,29 €	44,75 €
[35-39 ans]	23,91 €	31,91 €	52,56 €
[40-44 ans]	26,03 €	34,68 €	57,26 €
[45-49 ans]	30,27 €	38,32 €	61,77 €
[50-54 ans]	33,77 €	42,01 €	67,11 €
[55-59 ans]	36,94 €	46,45 €	74,34 €
[60-64 ans]	40,97 €	51,56 €	82,71 €
[65-69 ans]	46,58 €	57,88 €	92,32 €
[70-74 ans]	53,88 €	66,99 €	107,50 €
[75-79 ans]	59,28 €	73,69 €	118,24 €
[80-84 ans]	65,20 €	81,06 €	130,07 €
[85 ans et +]	71,72 €	89,17 €	143,08 €

## MES AVANTAGES

- Un **tarif privilégié** pour l'ensemble des adhérents des amicales de retraités du groupe PSA PEUGEOT CITROËN,
- Une **réduction de 10 %** sur les cotisations « couple » ou « un parent seul + un enfant »,
- Une **réduction de 20 %** sur la cotisation du 2<sup>e</sup> enfant,
- Une cotisation **GRATUITE** pour votre 3<sup>e</sup> enfant et les suivants.

1 Je complète les informations qui me concernent	Cadre réservé
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> Adresse : ..... Code postal : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Ville : ..... Téléphone : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Portable <sup>(1)</sup> : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> E-mail <sup>(2)</sup> : .....@..... N° de Sécurité sociale : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Ma situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Lié(e) par un PACS <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Ma situation professionnelle : <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autres : ..... Date d'effet de ma retraite : <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	App. : MMS Ident. : ..... Réd. : Amicale PSA Peugeot Citroën Transfert : <input type="checkbox"/>

2 Mes bénéficiaires (compléter les informations)																				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>OUI</b> , je demande l'adhésion à <b>PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN</b> Date d'effet souhaitée <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">01 / <input type="text" value=""/> / 20 <input type="text" value=""/></span> <input type="checkbox"/> pour moi-même seulement <input type="checkbox"/> pour moi-même et pour les personnes désignées ci-dessous (conjoint et enfants(s) à charge de moins de 28 ans)																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 40%;">Noms, Prénoms</th> <th style="width: 20%;">Date de naissance</th> <th style="width: 25%;">Numéro de Sécurité sociale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conjoint</td> <td>.....</td> <td><input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/></td> <td><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td>1<sup>er</sup> enfant</td> <td>.....</td> <td><input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/></td> <td><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td>2<sup>e</sup> enfant</td> <td>.....</td> <td><input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/></td> <td><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td>3<sup>e</sup> enfant</td> <td>.....</td> <td><input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/></td> <td><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></td> </tr> </tbody> </table>		Noms, Prénoms	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Conjoint	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	1 <sup>er</sup> enfant	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	2 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	3 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	Noms, Prénoms	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale																	
Conjoint	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	
1 <sup>er</sup> enfant	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	
2 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	
3 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	

3 Ma formule santé
<b>Je choisis la formule :</b> <input type="checkbox"/> Tonique 1 50+ <input type="checkbox"/> Tonique 2 50+ <input type="checkbox"/> Énergique 2 50+ <b>Je choisis un prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel Mon contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion que je vais recevoir après l'enregistrement de cette demande d'adhésion. Je dispose d'un délai de 30 jours de réflexion suivant la date d'effet de mon contrat pour exercer mon droit de renonciation. À cette fin et pour obtenir le remboursement intégral de la cotisation versée, il me suffit d'adresser dans ce délai à Malakoff Médéric - ADV RACH/F2, 4 rue de la Redoute, 78288 GUYANCOURT - une lettre (recommandée avec avis de réception) avec la mention : « Je déclare renoncer à l'adhésion au contrat PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN n° ... et demande le remboursement de la somme que j'ai versée ». Le remboursement sera effectué dans les 30 jours suivant réception de ce courrier. Toutefois, si des prestations m'ont été accordées, elles devront être préalablement et intégralement restituées. Si je suis déjà assuré directement ou indirectement auprès d'une des entités du groupe Malakoff Médéric au titre d'un contrat complémentaire de prestations santé, mon affiliation ne peut être résiliée que par demande expresse de ma part, en application des Conditions générales en vigueur. En tout état de cause, je serais indemnisé selon le niveau de garanties choisi et dans la limite du reste à charge. <b>Je reconnais avoir reçu un exemplaire des Conditions générales (version 01.16) valant note d'information, de la grille de prestations et des tarifs en vigueur au 01/04/2015. Mon adhésion au contrat PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN ouvre droit au bénéfice des garanties d'assistance proposées par Auxia Assistance.</b> Fait à : ..... Le : <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <b>Signature :</b> <span style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 150px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span>

(1) Pour obtenir gratuitement une confirmation de réception de votre demande d'adhésion par SMS. (2) À compléter pour recevoir à l'e-mail ci-dessus des informations et offres sur les produits et services de Malakoff Médéric ou de ses partenaires.

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont indispensables à l'enregistrement des contrats souscrits. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré peut demander la communication, la rectification et, le cas échéant, la suppression de toute information le concernant qui figurerait dans tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses réassureurs et mandataires. Sauf opposition écrite de sa part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de vous informer de leur offre de produits et services. Le droit d'accès, de rectification et d'opposition peut être exercé auprès de [sgil@malakoffmederic.com](mailto:sgil@malakoffmederic.com) ou Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9.

MALAKOFF MÉDÉRIC SERVICES : Société de courtage d'assurance - 3 esplanade de la Gare 49911 Angers cedex 9 - SAS au capital de 3 095 120 € - 487 445 108 RCS Angers N° d'immatriculation ORIAS 07 025 694 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr). • MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE : N° SIREN 784 718 256 Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - 21 rue Laffitte, 75009 Paris. • AUXIA ASSISTANCE : Entreprise régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte, 75009 Paris - SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 € - n° 351 733 761 RCS Paris. • Des organismes du groupe Malakoff Médéric - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - [www.malakoffmederic.com](http://www.malakoffmederic.com)

4 Je complète (EN MAJUSCULE) mon mandat de prélèvement récurrent SEPA
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Malakoff Médéric Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Malakoff Médéric Mutuelle. 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 dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. <b>TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :</b> Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... Code Postal : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Ville : ..... Pays : ..... <b>IDENTIFIANT INTERNATIONAL DE COMPTE BANCAIRE :</b> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> IBAN (International Bank Account Number) <span style="float: right;">BIC (Bank Identifier Code)</span> <b>IMPORTANT :</b> Retournez cet imprimé en y joignant <b>obligatoirement</b> un Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne. <b>MERCI DE REMPLIR CE COUPON INTÉGRALEMENT.</b> Fait à : ..... Le : <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <b>Signature :</b> ..... <b>Cadre réservé à l'assureur :</b> *La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter. ORGANISME CRÉANCIER : MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE - Ma complémentaire santé - 78288 Guyancourt cedex - France RUM* : <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> IDENTIFIANT ICS : F R 1 6 Z Z Z 3 4 3 0 0 5

✂ Découpez selon les pointillés ✂

PEPS Amicale PSA - TADA - 201511 v011 / AFL

# POUR COMPLÉTER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION LAISSEZ-VOUS GUIDER !

## Je complète les informations qui me concernent :

- Mes coordonnées
- Mon numéro de portable (je serai ainsi informé gratuitement par SMS dès réception de mon dossier)
- Ma situation de famille et professionnelle

1

## Je demande à adhérer et j'inscris les bénéficiaires de mon contrat :

- J'indique la date d'effet souhaitée de mon contrat
- Je joins la copie d'attestation de Sécurité sociale de chaque assuré

2

## J'indique ma formule santé :

- Je coche les cases correspondant à l'option de remboursement choisie
- Je choisis la périodicité de prélèvement de mes cotisations
- Je date et signe ma demande d'adhésion

3

## Je remplis mon autorisation de prélèvement :

- Je complète, je date et je signe le mandat de prélèvement
- Je prépare mon relevé d'identité bancaire ou de Caisse d'Épargne (RIB ou RICE)

4

**DEMANDE D'ADHÉSION**  
**PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN**  
OFFRE RÉSERVÉE AUX ADHÉRENTS DES AMICALES  
DE RETRAITÉS DU GROUPE PSA PEUGEOT CITROËN

**malakoff médéric**

**1 Je complète les informations qui me concernent**

Mère  M. Nom : ..... Prénoms : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 E-mail : .....  
 N° de Sécurité sociale : .....  
 Ma situation professionnelle :  Collaborateur  Libéré par un PACS  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  
 Demandeur d'emploi  Salarié(e)  Autre : .....  
 Date d'effet de ma retraite : .....

**2 Mes bénéficiaires (compléter les informations)**

OUI, je demande l'adhésion à PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN. Date d'effet souhaitée : 01 / 01 / 20...

OUI pour moi-même et pour les personnes désignées ci-dessous (copier et coller l'attestation à charge de retraite de 20 ans)

Complément	Noms, Prénoms	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....
3 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....

**3 Ma formule santé**

Je choisis la formule :  Tonique 150€  Tonique 250€  Énergie 250€

Je choisis le prélèvement :  Mensuel  Trimestriel

Mon contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion que je vais recevoir après l'engagement de votre demande d'adhésion. Le délai d'un mois de 30 jours de réflexion subit la date d'effet de mon contrat pour exercer mon droit de rétractation. À cette fin et pour obtenir le remboursement régulier de la cotisation versée, les adhérents doivent être affiliés au contrat PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN et être cotisants au moment de l'adhésion. Le remboursement sera effectué dans un délai maximum de 20 jours suivant réception de la cotisation. Toutefois, si des cotisations n'ont été acquittées, elles devront être produites et intégralement remboursées. Si je suis déjà assuré, je m'engage à ne pas adhérer à un autre contrat Malakoff Médéric au titre d'un contrat complémentaire de protection santé, mais attention ne peut être accordée que par demande expresse de mon part, et seulement dans les Conditions générales en vigueur. Et tout état de cause, je renonce à bénéficier de la prime de garantie décès et de la garantie de décès à charge. Je reconnais avoir reçu un exemplaire des Conditions générales (version 01.13) relatif mode d'information, de la grille de prestations et des tarifs en vigueur au 01/01/2015. Mes cotisations au contrat PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN couvrent les garanties de rentes proposées par Auxia Assistance.

Fait à : ..... Le : ..... Signature : .....

(1) Pour obtenir gratuitement une confirmation de réception de votre demande d'adhésion par SMS. (2) À compléter pour recevoir le e-mail d'adresse des informations et offres sur les produits et services de Malakoff Médéric ou de nos partenaires.

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont indispensables à l'engagement des contrats susdits. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-660, vous pouvez demander la communication, la modification et, le cas échéant, le suppression de toute information le concernant qui figure dans cet fichier à l'usage de Malakoff Médéric, de nos partenaires et mandataires. Pour opposition écrite de ce fait, vos informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance de groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de leur traitement de vos offres de produits et services. Le droit d'accès, de modification et d'opposition peut être exercé auprès de [sp@malakoffmederic.com](mailto:sp@malakoffmederic.com) ou Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75009 Paris cedex 09.

**MALAKOFF MÉDÉRIC SERVICES** : Société de courtage d'assurance - 3 esplanade de la Gare 49911 Angers cedex 9 - SAS au capital de 3 095 120 € - 487 445 108 RCS Angers N° d'immatriculation ORIAS 07 025 694 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) • **MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE** : N° SIREN 784 718 256 Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - 21 rue Laffitte, 75009 Paris. • **AUXIA ASSISTANCE** : Entreprise régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte, 75009 Paris - SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 € - n° 351 733 761 RCS Paris. • Des organismes du groupe Malakoff Médéric - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - [www.malakoffmederic.com](http://www.malakoffmederic.com)

**4 Je complète (EN MAJUSCULE) mon mandat de prélèvement récurrent SEPA**

Titulaire de l'identité bancaire (RIB) ou de la Caisse d'Épargne (RICE) de votre compte bancaire. Vous pouvez aussi effectuer ce mandat de prélèvement par votre banque en ligne. Ce mandat de prélèvement est soumis à la loi n° 2007-1223 du 22 octobre 2007 relative à la sécurité financière. Vous devez conserver ce mandat de prélèvement récurrent jusqu'à la date de son annulation, et vous devez en informer votre banque.

**TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

**IDENTIFIANT INTERNATIONAL DE COMPTE BANCAIRE :**

.....  
 BIC (Bank Identifier Code) : .....

**IMPORTANT : Veuillez cet imprimé en y ajoutant (obligatoirement) :** Fait à : .....  
 Le : ..... Signature : .....

Centre de service à l'adhésion : 21 rue Laffitte, 75009 Paris. Pour toute information complémentaire, contactez-nous au 02 40 00 00 00 ou par e-mail à [peps@malakoffmederic.com](mailto:peps@malakoffmederic.com)

ORGANISME CRÉANCIER : MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE - Mes cotisations santé - 75009 Copernic cedex - France  
 RUM : ..... IDENTIFIANT ICS : FR 16 Z Z 3 4 3 0 0 5

# IMPORTANT

Une fois complétée et signée, glissez votre demande d'adhésion dans une enveloppe en y ajoutant :

- un RIB ou RICE (relevé d'identité bancaire ou de Caisse d'Épargne) pour vos cotisations et remboursements à venir,
- la photocopie de l'attestation Sécurité sociale de chaque assuré,
- un certificat de scolarité pour vos enfants de plus de 18 ans.

Puis postez le tout sans mettre de timbre à l'adresse suivante : **MALAKOFF MEDERIC ADV**  
 Libre Réponse N° 10310  
 78189 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX

Nous vous adresserons vos Conditions particulières PEPS AMICALE PSA PEUGEOT CITROËN.

