



## SERVICE D'AIDE AUX FORMALITÉS ADMINISTRATIVES

BESOIN  
D'AIDE?

Vous souhaitez formaliser votre adhésion à la MFH ?  
Nous vous remercions de votre choix et de votre confiance !  
Afin de vous aider à remplir votre dossier d'adhésion,  
n'hésitez pas à prendre contact avec nous !

Par téléphone ou en venant nous rencontrer, nous sommes à votre disposition pour répondre à vos questions, vous aider à remplir votre dossier ou encore réaliser des photocopies de vos documents originaux.

Pour la résiliation de votre contrat auprès de votre actuel organisme de complémentaire santé, il vous suffit de compléter et de nous retourner le courrier type de radiation joint à ce dossier, dès votre décision prise d'adhérer à la MFH (afin d'optimiser le délais de préavis). Nous nous chargerons de le faire parvenir à nos frais, en courrier recommandé avec accusé de réception à l'organisme concerné.



Du Lundi au Vendredi  
de 9h à 12h  
et  
de 13h30 à 16h30

Mutuelle de France des  
Hospitaliers  
MFH - CHU GRENOBLE  
CS 10217  
38043 GRENOBLE  
Cedex 9  
tel. 04 76 15 27 80  
fax 04 76 15 27 79  
contact@m-f-h.fr





## **AUTORISATION DE PRECOMPTE SUR SALAIRE**

**Pour le prélèvement mensuel de votre cotisation MFH  
(dès autorisation de votre établissement employeur)**

DOCUMENTS

*Merci de remplir ce document si vous êtes salarié-e de la Fonction Publique Hospitalière.  
Ce document sera transmis par la MFH à votre établissement employeur pour autorisation préalable.*

*Les cotisations sont perçues mensuellement à terme échu.*

*Le premier prélèvement est un droit d'entrée égal à un mois de votre cotisation.*

Je soussigné-e ..... en fonction  
dans l'Etablissement Hospitalier Public ci-après dénommé :

Emploi occupé : .....

Numéro de matricule paie : .....

Nom de votre Service : .....

Adresse de l'Etablissement hospitalier : .....

Code Postal : ..... Boîte Postale : .....

Commune : .....

autorise M/Mme le Receveur Percepteur de mon établissement employeur à  
prélever sur mon salaire le montant de ma cotisation à la MFH.

Encas de changement de ma situation professionnelle, j'em'engage à prévenir les  
services de la MFH au plus tôt.

La cotisation mutualiste ainsi précomptée sur mon salaire sera versée  
mensuellement à la MFH.

MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS  
CHU GRENOBLE - CS 10217 - GRENOBLE Cedex 9

### **RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

DOMICILIATION			
CCM GRENOBLE RIVET			
TITULAIRE DU COMPTE			
Mutuelle de France des Agents Hospitaliers MFH CHU GRENOBLE - CS 10217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9			
CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° DE COMPTE	CLE RIB
10278	08914	00026035640	23

Fait à ....., le .....

Signature de l'agent-e :

**DEMANDE DE RESILIATION  
COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE**

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur.....,

demeurant à .....

.....,

agissant en qualité de .....

sollicite par la présente la résiliation du contrat santé n° ....., ayant pris effet le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, conformément à la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra annuelle du , reprise à l'article L. 221-10-2 du code de la Mutualité.

La résiliation du contrat prendra effet à compter du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, ou à défaut 1 mois à compter de la présente demande.

Fait à....., le .....

Signature