

**ADHERENT**

Date d'effet souhaitée :

..... / ..... / .....

Nom & Prénom de l'adhérent : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... N° de sécurité sociale :

**FORMULE CHOISIE POUR LA FAMILLE(1) :**

**SMILE ... + OP ... + DE ...**

**BENEFICIAIRES**

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE
CONJOINT			/ /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ENFANT			/ /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ENFANT			/ /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ENFANT			/ /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ENFANT			/ /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**LIAISONS NOEMIE – TELETRANSMISSION ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET LA SMIE Mutuelle**

Je souhaite bénéficier de la télétransmission des décomptes de Sécurité Sociale vers la SMIE Mutuelle :

- Pour moi-même  oui /  non
- Mon conjoint/concubin  oui /  non
- Mes enfants  oui /  non

**JUSTIFICATIFS A JOINDRE**

- Copie attestation de droits de votre caisse d'assurance maladie
- Copies pièce d'identité et/ou livret de famille pour les enfants
- Relevé d'Identité Bancaire
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de résiliation du contrat les cartes qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour les membres de ma famille.

Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité sociale en respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifié par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qu'il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant à la Mutuelle SMIE de VANNES.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

**(1) Indiquer le numéro du contrat et des options**