

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 (1) :
ETUD' ...
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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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 aout 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 information me concernant en m'adressant à la Mutuelle SMIE de VANNES.

**Je certifie être à jour de mes cotisations
du régime obligatoire et complémentaire.**

Fait à, le / /

Signature :
(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)
(1) Indiquer le numéro du contrat et des options