

Retraité Invalide Fin de portabilité Ayant(s) droit d'un assuré décédé

Document à compléter et à retourner à votre mutuelle.

IMPORTANT

Date d'effet :

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives, le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé, accompagné d'un RIB.

1 - ADHÉSION ASSURÉ

M. Mme Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Email :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code⁽¹⁾ :
Catégorie socioprofessionnelle :
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie maritale PACS Divorcé(e) Veuf-veuve

CONJOINT À CHARGE

M. Mme Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code⁽¹⁾ :
Catégorie socioprofessionnelle :

ENFANTS À CHARGE (pour les jumeaux précisez le rang)

M. Mme Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code⁽¹⁾ : Code statut⁽²⁾ : Rang de naissance :

M. Mme Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code⁽¹⁾ : Code statut⁽²⁾ : Rang de naissance :

M. Mme Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code⁽¹⁾ : Code statut⁽²⁾ : Rang de naissance :

Si vous avez plus de 3 enfants à charge, complétez un second bulletin d'adhésion.

COMPTE SUR LEQUEL LES PRESTATIONS SERONT VERSÉES

IBAN :

En fonction des renseignements portés ci-dessus, je confirme ma demande d'adhésion en : FAMILLE ISOLÉ

