

Document à compléter et à retourner à votre mutuelle.

Date d'effet :

### IMPORTANT

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  Mlle Nom et prénom du salarié  (Pour les femmes mariées, indiquez : Madame X, née Y)

Adresse :

Code postal :  Ville :

Tél. :  Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :  Code<sup>(1)</sup>

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  PACS  Divorcé(e)  Veuf-veuve

### CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

M.  Mme  Mlle  Code statut<sup>(2)</sup>

Date de naissance :  N° de Sécurité sociale :

### ENFANTS À CHARGE : NOM et PRÉNOM (pour jumeaux précisez le rang)

M.  Mme  Mlle  Code statut<sup>(2)</sup>

Date de naissance :  N° de Sécurité sociale :

M.  Mme  Mlle  Code statut<sup>(2)</sup>

Date de naissance :  N° de Sécurité sociale :

Si vous avez plus de 2 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 au régime  FAMILLE  ISOLÉE

## 2 Adhésion facultative CONJOINT ou ENFANT NON À CHARGE

M.  Mme  Mlle  Code statut<sup>(2)</sup>

Date de naissance :  N° de Sécurité sociale :

M.  Mme  Mlle  Code statut<sup>(2)</sup>

Date de naissance :  N° de Sécurité sociale :

Si vous avez plus de 2 bénéficiaires, complétez un second bulletin d'adhésion.

<sup>(1)</sup> Code : 1 = régime général sécurité sociale. 2 = régime local Alsace-Moselle. 3 = régime RSI. 4 = régime MSA. 5 = autres régimes (Étudiants, SNCF...).

<sup>(2)</sup> Code statut : 1 = apprenti - 2 = à charge - 3 = étudiant - 4 = handicapé

Je soussigné(e) atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je demande pour moi-même, et les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à la mutuelle et m'engage à me conformer à ses statuts. Je m'engage à restituer sans délai ma carte de tiers payant en cours de validité si je venais à résilier mon adhésion. Mes cotisations seront prélevées mensuellement sur mon compte bancaire.

Je ne souhaite pas bénéficier des transferts de feuilles de soins via le système NOEMIE.

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à la mise en place et à la gestion de votre adhésion. Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06.01.1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour toute information vous concernant sur le fichier de la mutuelle. Ce droit s'exerce par écrit au siège social de la mutuelle.

Date  Signature du salarié