

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme : _____
SIRET : _____
N° Agent : _____
Date d'affiliation : ____/____/____

Document à compléter et à retourner au service RH de votre organisme

IMPORTANT

**N'oubliez pas de joindre
les pièces justificatives.**

1 Adhésion OBLIGATOIRE

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⁽¹⁾ ____

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

IBAN : _____

Compte sur lequel les prestations seront versées.

CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

M. Mme Mlle _____ Code statut ⁽²⁾ ____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

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

M. Mme Mlle _____ Code statut ⁽²⁾ ____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

M. Mme Mlle _____ Code statut ⁽²⁾ ____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

M. Mme Mlle _____ Code statut ⁽²⁾ ____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

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

En fonction des renseignements portés ci-dessus, je confirme ma demande d'adhésion au régime FAMILLE ISOLÉE

2 Adhésion FACULTATIVE

M. Mme Mlle _____ Code statut ⁽²⁾ ____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

M. Mme Mlle _____ Code statut ⁽²⁾ ____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité sociale : _____

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

⁽²⁾ 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.

- 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.

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Date ____/____/____ Signature du salarié