

**ADHERENT**

 Date d'effet souhaitée :  
..... / ..... / .....

 Madame  Monsieur  Mademoiselle 

Nom Marital : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone (2) : ..... E-mail(2) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Département de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Situation familiale : ..... Profession : ..... Actif / Retraité / Invalide (2)

Numéro de CNI ou de Passeport : .....

Date de délivrance : ..... / ..... / ..... Délivrée par : .....

 N° de sécurité sociale : 
**FORMULE DE GARANTIE  
CHOISIE POUR LA FAMILLE(1) :**  
**SMILE ... + OP ... + DE ...**
**AYANTS-DROIT**

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE
<b>ADHERENT (bénéficiaire1)</b>			/ /	.....
<b>CONJOINT (bénéficiaire 2)</b>			/ /	.....
<b>ENFANT</b>				<input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 2 A son propre numéro de Sécurité Sociale : .....
<b>ENFANT</b>			/ /	<input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 2 A son propre numéro de Sécurité Sociale : .....
<b>ENFANT</b>			/ /	<input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 2 A son propre numéro de Sécurité Sociale : .....
<b>ENFANT</b>			/ /	<input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché au bénéficiaire 2 A son propre numéro de Sécurité Sociale : .....

**LIAISONS NOEMIE – TELETRANSMISSION ENTRE le REGIME OBLIGATOIRE ET LA SMIE Mutuelle**

Je souhaite bénéficier de la télétransmission des décomptes du régime obligatoire vers la SMIE Mutuelle :

- Pour moi-même  oui /  non
- Mon conjoint/concubin / le partenaire lié par un pacs  oui /  non
- Mes enfants  oui /  non

## MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, le 10 de chaque mois

Périodicité souhaitée: Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

« Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse ou criminelle au sens des articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, 324-1 et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement informé(e) que la SMIE Mutuelle a des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN »

## JUSTIFICATIFS A JOINDRE

- Copie attestation de droits de votre caisse d'assurance maladie pour chaque assuré
- Copie du livret de famille pour les enfants
- Copies recto verso de la CNI d ou du passeport de chaque ayants droits
- Relevé d'Identité Bancaire
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- Kbis de moins de 3 mois ou copie inscription au RCS

« 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 pris connaissance via le site de la SMIE Mutuelle <https://www.mutuellesmie.com/>, des statuts de la SMIE Mutuelle ainsi que du règlement mutualiste auquel j'adhère comportant la grille des garanties et de prestation y afférentes et en accepter les dispositions. »

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des contrats. Les destinataires des données sont la SMIE Mutuelle, ses partenaires et réassureurs. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser par courrier à : SMIE Mutuelle, 67 rue Anita Conti – Parc d'activité Laroiseau II– 56000 Vannes ou par courriel à : [contact@mutuellesmie.com](mailto:contact@mutuellesmie.com) Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer ou exercer votre droit d'opposition au traitement des données vous concernant. »

« Je certifie être à jour du versement de mes cotisations auprès des régimes obligatoires dont je relève »

« Pour les TNS : Je déclare adhérer à l'association ACTI dont j'accepte les dispositions des statuts qui m'ont été remis. Je m'engage à m'acquitter auprès de l'assureur de la cotisation annuelle due à ACTI. Je suis informé(e) que la cotisation due à ACTI au titre de l'année d'adhésion est comprise dans le montant de ma première cotisation de l'année. »

- (1) Indiquer le numéro du contrat et des options
- (2) Mentions facultatives

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

Signature :

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