

ADHERENT

Date d'effet souhaitée :

..... / /

Madame Monsieur Mademoiselle

Nom Marital :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : Département de naissance : Pays de naissance :

Numéro de CNI ou de Passeport :

Date de délivrance : / / Délivrée par :

N° de sécurité sociale :

**FORMULE DE GARANTIE
CHOISIE POUR LA FAMILLE(1) :**
ETUD'1 **ETUD'2** **ETUD'3** **ETUD'4**

AYANTS-DROIT

	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"/>
ENFANT			/ /	<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"/>
ENFANT			/ /	<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"/>

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
- 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
- Photocopie de la carte d'étudiant
- 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 pris connaissance via le site internet 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. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer ou exercer votre droit d'opposition au traitement des données vous concernant. »

(1) Indiquer le numéro du contrat et des options

Fait à, le / /

Signature :

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