

- ADHÉSION
 MODIFICATION :
- ajout ayant droit
 - résiliation ayant droit
 - changement garantie
 - résiliation adhérent

Références (partie réservée à la Mutuelle) :

N° contrat collectif : _____
Groupe d'assurés : _____
N° d'adhérent : _____
Produit : _____

Coordonnées de l'entreprise (partie réservée à l'employeur)

Raison sociale : _____
Adresse : _____
Tél. : ____/____/____ N° IDCC : ____/____/____ Code NAF : _____ Siret : _____
Représenté par : _____ En qualité de : _____
Correspondant de la mutuelle : _____
Email : _____ Tél. correspondant : ____/____/____

Collège (catégorie à cocher par l'employeur) :

- Ensemble du personnel Ensemble du personnel affiliés à l'AGIRC (C4) Ensemble du personnel non affiliés à l'AGIRC (NC4)
 Ensemble du personnel relevant de l'art. 4 de la CCN des cadres de 1947 Ensemble du personnel ne relevant pas de l'art. 4 de la CCN des cadres de 1947
 Ensemble du personnel relevant des art. 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947 Ensemble du personnel ne relevant pas des art. 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947
 Ensemble du personnel relevant des art. 4, 4bis, et du § 2 de l'art. 36 de l'annexe I de la CCN des cadres de 1947
 Ensemble du personnel ne relevant pas des art. 4, 4bis, et du § 2 de l'art. 36 de l'annexe I de la CCN des cadres de 1947
 Contrat suspendu Portabilité (indiquez la date de fin de portabilité ____/____/____) Régime d'accueil : _____
 Dirigeant(e) TNS

Coordonnées du courtier

ORIAS : _____

Adhérent

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe H/F	N° Régime Obligatoire (RO)	Caisse RO (CPAM, MSA, ...)
nom :		__/__/__			
nom de naissance :					

Situation familiale : célibataire marié(e) concubin pacsé(e) divorcé(e) séparé(e) veuf(ve)

Coordonnées :

Adresse _____ Tél. fixe _____
CP _____ Ville _____ Tél. portable _____
Email _____ @ _____

L'adresse email vous permet d'accéder à vos décomptes de prestations en ligne. Pour les recevoir par voie postale, cochez cette case .

Ayants droit

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe H/F	N° Régime Obligatoire (RO)	Caisse RO (CPAM, MSA, RSI...)
Conjoint :					
nom :		__/__/__			
nom de naissance :					
Enfants :					
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			
		__/__/__			

Garantie souscrite

Garantie souscrite par l'entreprise :

Base obligatoire _____ Date d'effet ____/____/____

Garantie souscrite par le salarié :

Option* _____

Option* _____

Mode de paiement de la garantie gérée individuellement*	Périodicité	
<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique	<input type="checkbox"/> Mensuel	<input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Chèque bancaire ou postal	<input type="checkbox"/> Semestriel	<input type="checkbox"/> Annuel
<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique	<input type="checkbox"/> Mensuel	<input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Chèque bancaire ou postal	<input type="checkbox"/> Semestriel	<input type="checkbox"/> Annuel

*si prévue dans le cadre du contrat collectif d'entreprise.

Pièces à fournir :

- ⇒ Photocopie de l'attestation d'assurance maladie de l'adhérent et de ses ayants droit,
- ⇒ Enfants âgés de 18 ans et plus : justificatif de situation (carte d'étudiant, certificat de scolarité, contrat d'apprentissage...),
- ⇒ Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le remboursement rapide des prestations directement sur le compte bancaire,
- ⇒ Autorisation de prélèvement SEPA (si ce mode de paiement est retenu pour l'option individuelle).

Je demande pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à la Mutuelle. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires de la Mutuelle. Je reconnais disposer en vertu de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, d'un droit d'accès et de rectification, pour toute information me concernant en m'adressant à ma Mutuelle. J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toute opération pour mon compte auprès de l'Assurance maladie.

J'autorise la Mutuelle à transmettre à des organismes ou tiers (CPAM...) toute information me concernant nécessaire à la mise en oeuvre du service de gestion de la couverture santé. Dans le cas contraire, merci de cocher cette case .

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information.

J'autorise la Mutuelle à me communiquer ses offres commerciales en cours. La Mutuelle s'engage à ne pas céder ces informations à des tiers à des fins commerciales.

Fait à _____, le ____/____/____

« Lu et approuvé » (+ signature) :