



BULLETIN D'ADHÉSION

dans le cadre d'un contrat collectif frais de santé

- ADHESION
 MODIFICATION :
 ajout ayant droit
 résiliation ayant droit
 changement garantie

Références

N° contrat collectif : _____
 Groupe d'assurés : _____
 N° d'adhérent : _____
 Produit : _____
 Matricule :
 ACTIF SPP RETRAITE
 ACTIF SPV

Coordonnées de l'entreprise

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

SDIS69

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe H/F	N° Régime Obligatoire (RO)	Caisse RO (CPAM, MSA, ...)
nom :		___/___/___			
nom le jeune fille :		___/___/___			

Situation familiale :

- célibataire marié(e) concubin pacsé(e)
 divorcé(e) séparé(e) veuf(ve)

Collège :

- cadre non cadre agent de maîtrise / technicien(ne) dirigeant(e)
 retraité A.N.I. (indiquez la date de fin de portabilité ____/____/____)

Coordonnées :

Adresse _____ Tél. fixe _____
 CP _____ Ville _____ Tél. portable _____
 E-mail _____ @ _____
 L'adresse email vous permet d'accéder à vos décomptes de prestations en ligne. Pour les recevoir par voie postale, cochez cette case .

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe H/F	N° Régime Obligatoire (RO)	Caisse RO (CPAM, MSA, RSL...)
Conjoint :					
nom		___/___/___			
nom de jeune fille		___/___/___			
Enfants :					
		___/___/___			
		___/___/___			
		___/___/___			
		___/___/___			

Base	Option	Date d'effet
SDIS 1 <input type="checkbox"/>	SDIS 2 <input type="checkbox"/>	___/___/___

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

Mode de paiement de la garantie gérée individuellement* : Prélèvement automatique Chèque bancaire ou postal
Périodicité : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel Prélèvement sur salaire.

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 (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.

Fait à _____, le ____/____/____

« Lu et approuvé » (+ signature) :

