

Adhésion n°

 Contrat n° :

 Date d'adhésion

Adhérent

 M. Mme Mlle

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

 Date de naissance

Adresse : _____

 Code Postal : Commune : _____

 N° Sécurité sociale :

 N° Tel Domicile : N° Tel Portable : Email : _____

 Situation Familiale : Célibataire Union libre Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Autres personnes à inscrire

Conjoint (nom et prénom) Indépendant	Date de naissance	N° Sécurité Sociale	Régime d'affiliation sociale (1)	
			Professionnel	Autre régime
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants (nom et prénom)				
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formule

Souscrite

 Formule de base : Essentiel Performance Excellence

Coordonnées bancaires (pour le règlement des prestations)

Titulaire du compte : _____

 Code banque code guichet N° compte clé RIB

 Code IBAN

 Code BIC

Important

- Joindre impérativement au présent bulletin la photocopie des attestations de carte vitale de chaque bénéficiaire.
- Joindre l'autorisation de prélèvement et un relevé d'identité bancaire (RIB)
- Joindre le cas échéant une copie du livret de famille, une attestation sur l'honneur de vie commune, une copie du pacte civil de solidarité (PACS), un justificatif de scolarité, une photocopie du contrat de formation en alternance ou de l'attestation d'inscription au pôle emploi, un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 – Les informations nominatives concernant le membre Participant ainsi que ses ayants droit recueillies par la MUTUELLE font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer l'affiliation du membre participant. Ces informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la MUTUELLE conformément à son objet. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de la MUTUELLE, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le présent contrat. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la MUTUELLE ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en adressant une demande par lettre simple à la Direction Générale de la Mutuelle Solimut Centre Océan, 66 rue du château d'eau, CS 71069 - 28305 Mainvilliers Cedex.

Le membre adhérent certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin et autorise la Mutuelle Solimut Centre Océan à prélever sur son compte les cotisations dues au titre de la présente adhésion.

 Fait à : _____ Le

Signature de l'adhérent _____

B Affil TNS 1115