

ADHÉSION : Date d'adhésion

MODIFICATION : N° d'adhésion

Date d'effet

Nom de la société Nouvel embauché : OUI NON

N° de section N° de contrat

VOUS

M. MME MLLE NOM NOM DE JEUNE FILLE

PRÉNOM N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ

PROFESSION DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CP VILLE

TÉL. EMAIL*

PORTABLE

SITUATION DE FAMILLE CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) CONCUBIN(E) PACSÉ(E) DIVORCÉ(E) VEUF(VE)

VOUS ÊTES : OUVRIER NON CADRE E.T.A.M. CADRE CADRE DIRIGEANT AUTRE

* Pour recevoir par email certains éléments concernant l'exécution de votre adhésion (décompte de remboursements...).

VOS AYANTS DROIT

CONJOINT : M. MME MLLE NOM NOM DE JEUNE FILLE

PRÉNOM N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ

PROFESSION DATE DE NAISSANCE

TÉL. EMAIL

PORTABLE AUTRE MUTUELLE⁽¹⁾ OUI NON

BÉNÉFICIAIRE	SEXE	NOM	PRÉNOM	N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ	NÉ(E) LE	AUTRE MUTUELLE ⁽¹⁾
1 ^{er} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autre bénéficiaire ⁽²⁾	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Si oui, la télétransmission ne pourra être mise en place par SMI. Dans ce cas, nous vous remercions de nous faire parvenir le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte de la Sécurité sociale. (2) Bénéficiaire autre que conjoint ou enfant, couvert par la Sécurité sociale de l'adhérent.

VOTRE GARANTIE - VOTRE OPTION

SANTÉ (pour l'ensemble des bénéficiaires)

PIÈCES À JOINDRE

- Un RIB
- Une copie d'attestation «Vitale» du régime maladie obligatoire en cours de validité pour chaque personne inscrite possédant sa propre immatriculation
- Un mandat de prélèvement si vous souscrivez une option

SALARIÉ

Les informations et données personnelles que l'adhérent communique font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux organismes coassureurs SMI, MMA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et aux organismes dont l'intervention est nécessaire pour l'enregistrement et la gestion de son adhésion, à leurs intermédiaires d'assurance ou sous délégués en charge de son suivi, et le cas échéant aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur, notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. En application de la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant. Ce droit s'exerce par courrier postal auprès de SMI - Cellule droit d'accès - 2 rue de Laborde, 75374 PARIS Cedex 8, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je m'engage à signaler toute modification, notamment tout changement dans ma situation de famille si celui-ci modifie les termes du contrat. Je m'engage également à restituer les attestations de prise en charge (tiers payant) qui m'auront été transmises, en cas de cessation de l'assurance.

Par la présente signature, je reconnais avoir été informé(e) par mon employeur des conditions de mise en place du régime complémentaire de frais de santé, et avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information et des statuts des coassureurs.

FAIT À LE

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

Je n'accepte pas de recevoir des offres commerciales.

EMPLOYEUR

Signature et cachet de l'Employeur

À retourner à la direction de votre entreprise

Coassureurs :

MMA IARD Assurances Mutuelles - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126
MMA IARD - Société anonyme, au capital de 537.052.368 euros - RCS Le Mans 440 048 882 - Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9 - Entreprises régies par le Code des assurances
Coassureur gestionnaire : SMI - Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 669 954 - Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21 - Siège social : 2, rue de Laborde - 75374 Paris Cedex 08