Groupe Smiso Mutuelle des Cadres - Individuel

Bulletin d'adhésion frais de soins de santé

☐ **Nouvelle adhésion** ☐ **Changement de formule** (N° d'adhérent : _____)

Le + santé Votre protection santé — CFE CGC Le + syndical — Vauban Humanis Une solidarité d'avance

Merci de joindre à ce bulletin d'adhésion

- ☐ Votre Relevé d'Identité Bancaire.
- ☐ La photocopie de votre attestation de droits de Sécurité sociale accompagnant votre carte Vitale, et celle de votre conjoint, concubin ou pacsé (joindre un document justifiant de votre vie commune ou l'attestation du PACS) si vous l'inscrivez en qualité d'ayant droit.
- ☐ Pour les enfants étudiants, en contrat d'apprentissage, en contrat de professionnalisation, inscrits dans un cursus de formation ou demandeurs d'emploi, (couverts jusqu'à leur 28e anniversaire) ou adultes handicapés (repris sous le numéro de Sécurité sociale de l'un des parents), joindre une photocopie de l'attestation de droits Sécurité sociale accompagnant leur carte Vitale et un certificat de scolarité ou tout autre justificatif.
- ☐ Le certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé.
- ☐ Votre autorisation de prélèvement.

Le membre participant

*À remplir en lettres **CAPITALES***
*Facultatif

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom marital _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

Adresse _____

Code Postal __ __ __ __ __ Ville _____

Tél.* __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ E-mail* _____

N° Sécurité sociale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Situation de famille ☐ Marié*(e)* ☐ Célibataire ☐ Veuf*(ve)* ☐ Concubin*(e)* ou Pacsé*(e)* ☐ Séparé*(e)* ou divorcé*(e)*

N° d'adhérent CFE-CGC _____ Nom du syndicat _____

Mois et année d'adhésion __ __ / __ __ __ __ Fédération _____

Le conjoint, concubin ou pacsé

*À remplir en lettres **CAPITALES***

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom marital _____

Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __ N° Sécurité sociale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Les enfants

Inscrits sur l'attestation de droits de Sécurité sociale accompagnant votre carte vitale ou celle du conjoint, concubin, ou pacsé

Enfant 1 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

Enfant 2 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

Enfant 3 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

Formule choisie

La cotisation de la formule est déterminée en fonction de l'âge de chaque personne couverte et évolue chaque année

☐ **Le + Santé 1** ☐ **Le + Santé 2** ☐ **Le + Santé 3** ☐ **Le + Santé 4**

Date d'effet souhaitée le : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Réservé au Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

Date d'effet de l'adhésion le __ __ / __ __ / __ __ __ __

☐ **Je suis adhérent(e) à jour de cotisation CFE-CGC (dans le cas contraire je ne peux souscrire aux conditions préférentielles CFE-CGC).**

J'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste du Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, Opérations individuelles Garanties frais de soins de santé, et ce préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion.

Fait à _____ le __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature du membre participant :
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Votre conseiller santé :

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Sauf avis écrit contraire de votre part, adressé à notre Service Relation Clients (8, Bd Vauban - 59024 Lille Cedex), ces informations pourraient être utilisées à des fins de prospection et/ou communiquées à des tiers. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès de ce service, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

MUADH-073-V03 / Octobre 2008 • Conception : Service Communication Vauban Humanis

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres - Individuel

Bulletin d'adhésion frais de soins de santé

Le + santé Votre protection santé — CFE CGC Le + syndical — Vauban Humanis Une solidarité d'avance

☐ Nouvelle adhésion ☐ Changement de formule (N° d'adhérent : _____)

Exemplaire à conserver - Exemplaire à conserver - Exemplaire à conserver

Merci de joindre à ce bulletin d'adhésion

- ☐ Votre Relevé d'Identité Bancaire.
- ☐ La photocopie de votre attestation de droits de Sécurité sociale accompagnant votre carte Vitale, et celle de votre conjoint, concubin ou pacsé (joindre un document justifiant de votre vie commune ou l'attestation du PACS) si vous l'inscrivez en qualité d'ayant droit.
- ☐ Pour les enfants étudiants, en contrat d'apprentissage, en contrat de professionnalisation, inscrits dans un cursus de formation ou demandeurs d'emploi, (couverts jusqu'à leur 28e anniversaire) ou adultes handicapés (repris sous le numéro de Sécurité sociale de l'un des parents), joindre une photocopie de l'attestation de droits Sécurité sociale accompagnant leur carte Vitale et un certificat de scolarité ou tout autre justificatif.
- ☐ Le certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé.
- ☐ Votre autorisation de prélèvement.

Le membre participant

*À remplir en lettres **CAPITALES***
*Facultatif

Nom de naissance _____ Prénom _____
Nom marital _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Tél.* __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ E-mail* _____
N° Sécurité sociale _____
Situation de famille ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ou Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ou divorcé(e)
N° d'adhérent CFE-CGC _____ Nom du syndicat _____
Mois et année d'adhésion __ __ / __ __ __ __ Fédération _____

Le conjoint, concubin ou pacsé

*À remplir en lettres **CAPITALES***

Nom de naissance _____ Prénom _____
Nom marital _____
Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __ N° Sécurité sociale _____

Les enfants

Inscrits sur l'attestation de droits de Sécurité sociale accompagnant votre carte vitale ou celle du conjoint, concubin, ou pacsé

Enfant 1 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __
Enfant 2 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __
Enfant 3 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __

Formule choisie

La cotisation de la formule est déterminée en fonction de l'âge de chaque personne couverte et évolue chaque année

☐ **Le + Santé 1** ☐ **Le + Santé 2** ☐ **Le + Santé 3** ☐ **Le + Santé 4**

Date d'effet souhaitée le : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Réservé au Groupe Smiso Mutuelle des Cadres
Date d'effet de l'adhésion le __ __ / __ __ / __ __ __ __

☐ **Je suis adhérent(e) à jour de cotisation CFE-CGC (dans le cas contraire je ne peux souscrire aux conditions préférentielles CFE-CGC).**

J'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste du Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, Opérations individuelles Garanties frais de soins de santé, et ce préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion.

Fait à _____ le __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature du membre participant : *(précédée de la mention "lu et approuvé")*	*Votre conseiller santé :*

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Sauf avis écrit contraire de votre part, adressé à notre Service Relation Clients (8, Bd Vauban - 59024 Lille Cedex), ces informations pourraient être utilisées à des fins de prospection et/ou communiquées à des tiers. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès de ce service, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

Exemplaire à conserver - Exemplaire à conserver - Exemplaire à conserver

MUADH-073-V03 / Octobre 2008 • Conception : Service Communication Vauban Humanis