

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

Références (partie réservée à la Mutuelle) :

N° contrat collectif : V69C0000002901
 Groupe d'assurés : _____
 N° d'adhérent : _____
 Produit : NEXT

Coordonnées du courtier

AUDITIUM ORIAS 08041062
 18 RUE D'ALGERIE - BP 1023
 69201 LYON CEDEX 01

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 NEXT 1
 NEXT 2
 NEXT 3

Date d'effet _____

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

Cotisation mensuelle : _____

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 _____

