

- 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...)
<b>Conjoint :</b>					
nom : _____	_____	_____	_____	_____	_____
nom de naissance : _____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Enfants :</b>					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## 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 \_\_\_\_\_

