

**CADRE RESERVE A LA MUTUELLE**

N° de contrat : V42C000000059401

Agence : **AUDITIUM**

Code produit : **EASY**

Offre : .....

☐ **BULLETIN D'ADHESION**
☐ **AVENANT MODIFICATIF**
☐ Ajout d'un ayant(s) droit

☐ Résiliation d'ayant(s) droit

☐ Changement de garantie .....

**COORDONNEES**

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....

SITUATION FAMILIALE : Célibataire - Marié(e) – Concubin - Pascsé(e) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Veuf(ve) (rayer les mentions inutiles)

ADRESSE : ..... CODE POSTAL : ..... VILLE .....

N° DE TELEPHONE : ..... TELEPHONE PORTABLE : ..... E-MAIL (1) : .....

(1) L'adresse e-mail vous permet d'accéder à vos décomptes de prestations en ligne. Pour les recevoir par voie postale, cochez cette case ☐
**AYANTS DROIT**

| CIVILITÉ, NOM ET PRÉNOM | QUALITE | DATE DE NAISSANCE | N° DE RÉGIME OBLIGATOIRE ORGANISME D'AFFILIATION |
|-------------------------|---------|-------------------|--------------------------------------------------|
|                         |         | / /               |                                                  |
|                         |         | / /               |                                                  |
|                         |         | / /               |                                                  |
|                         |         | / /               |                                                  |

En complément de la garantie souscrite par votre employeur, vous pouvez choisir de la renforcer.

FORMULE (à cocher) : ☐ EASY BASE R

☐ EASY 1R

☐ EASY 2R

☐ EASY 3R

DATE D'EFFET : ..... / ..... / .....

(5) si prévu dans le cadre du contrat collectif d'entreprise.

\*Règlement effectué à l'adhésion : .....€ par : .....

\*Mode de règlement : ☐ Chèque ☐ Prélèvement automatique

\*Périodicité de règlement : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle  
☐ Annuelle

\*Si prélèvement automatique, date de prélèvement : ☐ le 5 ☐ le 12

**PIECES JUSTIFICATIVES :**

- RIB/RICE cotisation
- RIB/RICE prestation (si différent du compte dédié au prélèvement/remboursement des cotisations)
- Mandat SEPA complété et signé (si prélèvement)
- Photocopie des attestations des droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés

Zone réservée  
à la mutuelle

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

#### TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE À DÉBITER (Veuillez compléter les champs marqués \* en MAJUSCULES)

Nom / Prénoms\* :

Numéro et nom de la rue\* :

Code postal\* :  Ville\* :  Pays\* :

#### COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire  
IBAN (International Bank Account Number)

BIC   
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

#### COORDONNÉES DU CRÉANCIER

**AÉSIO mutuelle**  
**4 rue du Général Foy - 75008 PARIS**  
Identifiant créancier SEPA (ICS) : **FR29ZZZ004338**

#### COCHEZ LES CASES POUR DÉFINIR VOS CHOIX

|                                                                           |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date de prélèvement souhaitée :                                           | Périodicité souhaitée :                                                                                                                                    | Vos nouvelles coordonnées bancaires concernent :                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 5 du mois<br><input type="checkbox"/> 15 du mois | <input type="checkbox"/> Mensuelle<br><input type="checkbox"/> Trimestrielle<br><input type="checkbox"/> Semestrielle<br><input type="checkbox"/> Annuelle | <input type="checkbox"/> Le prélèvement de vos cotisations<br><input type="checkbox"/> Le prélèvement de vos cotisations et le virement de vos prestations |

#### N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

Fait à :

Le :

Vous acceptez que les prélèvements sur votre compte soient effectués aux dates et pour les montants indiqués sur l'échéancier de votre appel de cotisation.

Signature (obligatoire)

#### INFORMATIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Nom / Prénoms du souscripteur du contrat :

Date de naissance :  N° de contrat ou n° d'adhérent :

Les informations recueillies par AÉSIO mutuelle dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'exécution du contrat. AÉSIO mutuelle est l'unique destinataire des données et responsable du traitement de ces dernières, dont la finalité est le prélèvement des cotisations. Ces données seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

Conformément à la réglementation en vigueur vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.aesio.fr/charte-de-protection-des-donnees/>

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- soit en envoyant un mail à : [aesio.dpo@aesio.fr](mailto:aesio.dpo@aesio.fr)
- soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.