

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Nom : Prénoms : Date de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél : Tél portable : Courriel :
 Régime général TNS Autres : N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié Pacsé Vie commune Divorcé Veuf
 CONJOINT **CONCUBIN** **PACS** **VIE COMMUNE**

Nom : Prénoms : Date de naissance :
 Nom jeune fille : Régime général TNS Autres : N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ENFANT(S) OU PERSONNE(S) A CHARGE

Nom & Prénoms	Parenté	Date de naissance	N° Sécurité sociale
.....
.....
.....

A compter du :, je choisis d'adhérer à la formule :

<input type="checkbox"/> « JEUNE »	<input type="checkbox"/> « SEUL OU FAMILLE »	<input type="checkbox"/> « SENIOR »
------------------------------------	--	-------------------------------------

Je choisis le contrat :

<input type="checkbox"/> Insouciance	<input type="checkbox"/> Intelligence	<input type="checkbox"/> Intégral	<input type="checkbox"/> Mini	<input type="checkbox"/> Médium	<input type="checkbox"/> Maxi	<input type="checkbox"/> Simplicité	<input type="checkbox"/> Sérénité	<input type="checkbox"/> Sécurité
--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

JE REGLE MA COTISATION :

par prélèvement automatique avec périodicité : mensuelle trimestrielle . Je souhaite être prélevé le : 5 10 15 du mois.
 Je règle dès aujourd'hui par chèque le montant correspondant à un mois de cotisation et je complète l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

OPTION COMPLEMENTAIRE FACULTATIVE

Vous êtes hospitalisé ? Bénéficiez jusqu'à 365 jours d'indemnités journalières non imposables avec ZEN HOSPI !
 Option choisie : 15 €/jour 30 €/jour 45 €/jour Formule choisie : Individuel Famille

INFOS PRATIQUES

LA PREMIÈRE ANNÉE, TOUT FORFAIT EST ATTRIBUÉ AU PRORATA DU NOMBRE DE MOIS D'ADHÉSION.
 L'adhésion prend effet au 1er mois qui suit la réception du présent bulletin pour une période expirant le 31 décembre de la même année. Mon adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite conduction tous les ans, sauf dénonciation de ma part, par lettre recommandée au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année. En vertu des dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 de la CNIL, nous vous informons du caractère obligatoire des réponses pour pouvoir adhérer à la Mutuelle Viazimut. Vous avez un droit d'accès et de rectification de ces informations à tout instant.

IMPORTANT

Je refuse que les informations données soient transmises à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en vue du traitement de mes décomptes de prestations par échanges de données informatiques (NOEMIE).

J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sur ce bulletin sont exacts.

Fait à le

Signature
 (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cadre réservé à la Mutuelle VIAZIMUT

PIECES A JOINDRE

- Un relevé d'identité bancaire ou postal pour le remboursement des prestations et/ou le paiement des cotisations.
- La photocopie de l'attestation papier de la carte vitale de tous les bénéficiaires.
- Un certificat de scolarité ou tout autre justificatif pour un enfant de plus de 21 ans dans la situation suivante : étudiant, demandeur d'emploi, contrats précaires (apprentissage, CAE, qualification...).
- Si vous vivez en concubinage, la copie du certificat de concubinage ou une déclaration sur l'honneur.
- Si vous avez signé un PACS, la copie du contrat.

En cas de dénonciation de votre adhésion, vous devez nous faire parvenir votre carte de tiers payant.

RNM 384 716 346 - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité

DOCUMENT A REMPLIR ET A RETOURNER POUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE DE VOS COTISATIONS.

(joindre obligatoirement en Relevé d'Identité Bancaire ou Postal)

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements de cotisations ordonnés par la Mutuelle VIAZIMUT.
 En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.
 Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
406 514

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom : Prénom :
 Adresse :

DESIGNATION DU CREANCIER
 Mutuelle VIAZIMUT (MASF)

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE COMPTE
 Mutuelle VIAZIMUT - BP 510 - 11105 Narbonne Cedex
 CAISSE FEDERALE DU CREDIT MUTUEL MEDITERRANEEN - CFCMM
 494 Avenue du Prado - 13008 MARSEILLE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Etabliss.	Guichet	N° du compte	Clé RIB
.....

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE COMPTE A DEBITER (BANQUE DE L'ADHERENT)

.....

A..... le...../...../.....
 Signature du titulaire du compte à débiter :