

	NOM	PRENOM	SEXE	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
M			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
M			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
Enf.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
Enf.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	
Enf.			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	___/___/___	

Votre situation : 100% partiel Sécurité Sociale 100% total Sécurité Sociale Art. L212-1 (Ex article L115) Ressortissant ONAC

Je choisis la garantie : BASIC

INTEGRAL

OPTIMUM

GARANTIE +

OPT 1 OPT 2

Date d'adhésion souhaitée :

01 / ___ / ___

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone :

@ Mail :

Comment avez-vous connu la mutuelle ? :

Par la publicité

Par Internet / réseaux sociaux

Par relations

Autres : FIFRE (06 8 000 574)

Adhésion : Individuelle Familiale

Régime : Général Local (Alsace et Moselle)

Date : ___ / ___ / ___

SIGNATURE :

précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

MERCI DE JOINDRE LES ATTESTATIONS RECENTES DE SECURITE SOCIALE

Conformément à la Loi, la signature de ce bulletin d'adhésion vaut acceptation sans réserve des statuts et règlement de la Mutuelle du Monde Combattant, dont l'adhérent reconnaît expressément avoir pris connaissance et s'engage à les respecter. Les renseignements demandés ont un caractère obligatoire. Conformément à la Loi informatique et liberté, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification aux informations le concernant.

PRÉLÈVEMENT DE LA COTISATION

Pour les prélèvements, merci de compléter rigoureusement et lisiblement les informations ci-dessous, en lettres capitales et retourner l'ensemble du présent bulletin d'adhésion signé.

Périodicité choisie : MOIS TRIMESTRE SEMESTRE ANNÉE

Prélèvement effectué gratuitement chaque mois le : 5 15

MERCI DE JOINDRE UN R.I.B. OU UN R.I.P.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM : (Merci de ne pas renseigner)

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle du Monde Combattant à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle du Monde Combattant. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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 contesté, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DÉBITEUR

Nom, Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

IBAN – Identifiant international du compte :

BIC – Code international d'identification de votre banque :

Fait à Le ___ / ___ / ___

SIGNATURE

Créancier – ICS : FR 79ZZZ643832 Mutuelle du Monde Combattant – 5 rue du Havre – 75008 Paris

Paiement récurrent / répétitif