Mutuelle EPC

CS71121 – 75134 PARIS CEDEX 11
Courriel : contact@mutuelle-epc.com - Tél : 01 40 46 10 02
Site internet : www.mutuelle-epc.com

☐ BULLETIN D'ADHESION OU ☐ MODIFICATION

☒ CONTRAT CHOISI : Noir / Blanc ☐ Plus Couleur ☐ Date d'effet : 1er / ...../...../.....

☒ ADHERENT(E)

Nom ..... Nom de jeune fille .....
Prénoms ..... Courriel ..... @ .....
Adresse .....
Code postal ..... Ville ..... Téléphone .....
N° de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance ...../...../.....

☒ CONJOINT ADHERENT

Nom ..... Prénoms .....
N° de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance ...../...../.....

☒ ENFANTS ADHERENTS

Nom et Prénoms	N° de Sécurité Sociale (sous lequel intervient le remboursement)	Date de naissance
1.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
2.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
3.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
4.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
5.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....

La télétransmission automatique de la Sécurité Sociale NOEMIE permet de bénéficier d'un remboursement plus rapide. Toutefois, si vous ne souhaitez pas qu'elle soit utilisée, veuillez cocher la case ci-contre ☐

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Je demande pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées, l'enregistrement de mon adhésion.
Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires de la Mutuelle.
J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'assurance maladie.
J'autorise la Mutuelle à transmettre à des organismes mutualistes ou tiers (CPAM…) toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service de gestion de la couverture santé. Dans le cas contraire, j'informerai la Mutuelle par écrit de mon refus.

Fait à ....., le ..... Signature :

Merci de nous indiquer comment vous avez connu la Mutuelle (Code promotionnel): .....
.....

Joindre :
- photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale de moins de 2 mois pour chaque bénéficiaire à couvrir par la Mutuelle
- imprimé mandat prélèvement SEPA dûment rempli et signé
- un BIC (un relevé d'identité bancaire)
- certificat de radiation d'une autre mutuelle : ☐ oui ☐ non

L'adhésion à la Mutuelle donne lieu à la remise des Statuts et du Règlement Mutualiste.

En application de la loi informatique et liberté du 06/01/78, les réponses au présent bulletin ont un caractère obligatoire pour la Mutuelle auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès et de rectification et ne peuvent être utilisées qu'à usage interne.

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
SIREN 391 399 326

Exemplaire destiné à la Mutuelle

Mutuelle EPC

CS71121 – 75134 PARIS CEDEX 11
Courriel : contact@mutuelle-epc.com - Tél : 01 40 46 10 02
Site internet : www.mutuelle-epc.com

☐ BULLETIN D'ADHESION OU ☐ MODIFICATION

☒ CONTRAT CHOISI : Noir / Blanc ☐ Plus Couleur ☐ Date d'effet : 1er / ...../.....

☒ ADHERENT(E)

Nom ..... Nom de jeune fille .....
Prénoms ..... Courriel ..... @ .....
Adresse .....
Code postal ..... Ville ..... Téléphone .....
N° de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance ...../...../.....

☒ CONJOINT ADHERENT

Nom ..... Prénoms .....
N° de Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance ...../...../.....

☒ ENFANTS ADHERENTS

Nom et Prénoms	N° de Sécurité Sociale (sous lequel intervient le remboursement)	Date de naissance
6.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
7.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
8.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
9.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....
10.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	...../...../.....

La télétransmission automatique de la Sécurité Sociale NOEMIE permet de bénéficier d'un remboursement plus rapide. Toutefois, si vous ne souhaitez pas qu'elle soit utilisée, veuillez cocher la case ci-contre ☐

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Je demande pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées, l'enregistrement de mon adhésion.
Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires de la Mutuelle.
J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'assurance maladie.
J'autorise la Mutuelle à transmettre à des organismes mutualistes ou tiers (CPAM…) toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service de gestion de la couverture santé. Dans le cas contraire, j'informerai la Mutuelle par écrit de mon refus.

Fait à ....., le ..... Signature :

Merci de nous indiquer comment vous avez connu la Mutuelle (Code promotionnel): .....

Joindre :
- photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale de moins de 2 mois pour chaque bénéficiaire à couvrir par la Mutuelle
- imprimé mandat prélèvement SEPA dûment rempli et signé
- un BIC (un relevé d'identité bancaire)
- certificat de radiation d'une autre mutuelle : ☐ oui ☐ non

L'adhésion à la Mutuelle donne lieu à la remise des Statuts et du Règlement Mutualiste.

En application de la loi informatique et liberté du 06/01/78, les réponses au présent bulletin ont un caractère obligatoire pour la Mutuelle auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès et de rectification et ne peuvent être utilisées qu'à usage interne.

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
SIREN 391 399 326

Exemplaire destiné à l'Adhérent