



**Mutuelle EPC**  
 CS 71121 - 75134 PARIS CEDEX 11  
 Courriel : [contact@mutuelle-epc.com](mailto:contact@mutuelle-epc.com)

*Exemplaire  
 Adhérent*

Tél : 01 40 46 10 02  
 Site internet : [www.mutuelle-epc.com](http://www.mutuelle-epc.com)

BULLETIN D'ADHÉSION OU  MODIFICATION

❖ **CONTRAT CHOISI :** Noir / Blanc  Plus Couleur  Date d'effet : 1<sup>er</sup> / \_\_\_ / \_\_\_

❖ **ADHÉRENT(E)**

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité Sociale [ ] E-mail \_\_\_\_\_

❖ **CONJOINT ADHÉRENT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité Sociale [ ] Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

❖ **ENFANTS ADHÉRENTS**

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 oeuvre 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 :  Parrainage  Publicité  Site internet

**Joindre :** ❖ photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale de moins de 2 mois pour chaque bénéficiaire à couvrir par la Mutuelle (Ameli.fr)  
 ❖ imprimé mandat prélèvement SEPA dûment rempli et signé  
 ❖ un BIC (un relevé d'identité bancaire)  
 ❖ certificat de radiation d'une autre mutuelle ou photocopie de la carte de votre mutuelle actuelle

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.

