Mutuelle EPC
Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX
Courriel : **contact@mutuelle-epc.com**
Tél : **09 72 72 72 11**
Site internet : **www.mutuelle-epc.com**

Exemplaire à envoyer à la Mutuelle

❑ BULLETIN D'ADHÉSION OU ❑ MODIFICATION

✤ **CONTRAT CHOISI :** Noir / Blanc ❑ Plus Couleur ❑ Date d'effet : 1er / ____ / ____

✤ 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 des Statuts et du Règlement Mutualiste qui me sont remis avant la signature du bulletin d'adhésion.
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 : ❑ **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 IBAN (un relevé d'identité bancaire)
- ✤ photocopie de la carte de votre mutuelle actuelle et copie de la lettre de radiation et certificat de radiation dès réception

Adhésion par parrainage : ❑ **Oui** ❑ **Non** (numéro adhérent parrain : .....) **Signature du parrain :**
❑ **Contrat labelisé** ❑ **Autre**

Les informations transmises via ce bulletin d'adhésion sont destinées à la mutuelle EPC en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont nécessaires au traitement de votre adhésion en vue de la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont collectées avec votre consentement dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la mutuelle EPC. Elles peuvent être transmises à ses réassureurs, délégataires de gestion ou autres prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution de votre contrat. Elles sont enregistrées sur un outil de gestion dans le but de mettre en œuvre les obligations contractuelles et réglementaires qui incombent à votre mutuelle. Elles seront conservées pendant toute la durée de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en adressant un courrier postal à Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX ou un courriel à contact@mutuelle-epc.com. Par ailleurs, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Mutuelle EPC
Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX
Courriel : **contact@mutuelle-epc.com**
Tél : **09 72 72 72 11**
Site internet : **www.mutuelle-epc.com**

Exemplaire à conserver

❑ BULLETIN D'ADHÉSION OU ❑ MODIFICATION

✤ **CONTRAT CHOISI :** Noir / Blanc ❑ Plus Couleur ❑ Date d'effet : 1er / ____ / ____

✤ 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 des Statuts et du Règlement Mutualiste qui me sont remis avant la signature du bulletin d'adhésion.
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 : ❑ **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 IBAN (un relevé d'identité bancaire)
- ✤ photocopie de la carte de votre mutuelle actuelle et copie de la lettre de radiation et certificat de radiation dès réception

Adhésion par parrainage : ❑ **Oui** ❑ **Non** (numéro adhérent parrain : .....) **Signature du parrain :**
❑ **Contrat labelisé** ❑ **Autre**

Les informations transmises via ce bulletin d'adhésion sont destinées à la mutuelle EPC en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont nécessaires au traitement de votre adhésion en vue de la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont collectées avec votre consentement dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la mutuelle EPC. Elles peuvent être transmises à ses réassureurs, délégataires de gestion ou autres prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution de votre contrat. Elles sont enregistrées sur un outil de gestion dans le but de mettre en œuvre les obligations contractuelles et réglementaires qui incombent à votre mutuelle. Elles seront conservées pendant toute la durée de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en adressant un courrier postal à Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX ou un courriel à contact@mutuelle-epc.com. Par ailleurs, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

MUTUALITÉ FRANÇAISE