



Mutuelle Saint-Martin

Bulletin d'adhésion

Adhésion à compter du : _____

(Adhésion pour une année au minimum)

Option : A

B

C

M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille :
(pour les femmes mariées)

Adresse

n° : _____

Rue (Bd., Av., Pl., etc.) : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

n° Sécurité Sociale : _____

Date de naissance : _____

Lieu : _____

Pays pour l'étranger : _____

Nationalité : _____

Situation de famille : _____

Profession : _____

Téléphone : _____

Conjoint

(A compléter si le conjoint adhère à la Mutuelle Saint-Martin)

Nom : _____

Prénom : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Date de naissance : _____

Profession : _____

Enfant(s) (pour les enfants de plus de 18 ans, joindre un certificat de scolarité)

Prénom(s) : _____

Date(s) de naissance : _____

Régime de base d'affiliation :
(joindre l'attestation du régime de base)

	Adhérent	Conjoint
Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime d'Assurance Maladie des Professions indépendantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employeur de l'assuré :
(dans le cas d'adhésion en contrat collectif)

Nom : _____

Adresse : _____

Profession de l'assuré : _____



Bulletin d'adhésion

A retourner accompagné
d'un R.I.B. ou R.I.P.

à :

Mutuelle Saint-Martin
Service Relations
3 rue Duguay-Trouin
75280 PARIS CEDEX 06

Renseignements pour le règlement

Pour le règlement de vos prestations :

Joindre obligatoirement au bulletin d'adhésion :

- Pour la banque, un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Pour les chèques postaux, un Relevé d'Identité Postal (RIP),

Choix du paiement de la cotisation :

par chèque

Trimestriel

Semestriel

Annuel

par prélèvement

Mensuel

Trimestriel

Semestriel

Annuel

en cas de prélèvement :

Joindre l'autorisation de prélèvement remplie, datée et signée (annexe 8).

Attention,

Aucun règlement ne sera effectué par mandat ou virement.

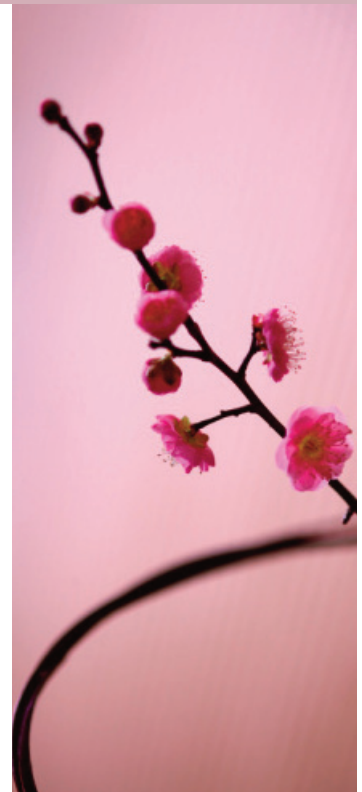
Aucun contrat d'adhésion ne peut être inférieur à un an.

Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance des statuts, Règlement mutualiste ou Notice d'information de la MSM régissant le présent contrat, ainsi que des tarifs et les avoir acceptés.

Date :

Signature
(précédée de la mention "Lu et Approuvé")

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès aux informations nominatives la concernant et, le cas échéant, du droit de rectification.



Ne joindre aucun règlement.

Un appel de cotisation vous parviendra après enregistrement de votre adhésion.

Comment avez-vous connu l'existence de notre mutuelle ?

un ami

Diocèse ou Congrégation

Internet

autre, précisez : _____

MUTUELLE SAINT-MARTIN

3 rue Duguay-Trouin
75280 PARIS CEDEX 06

www.mutuelle-saint-martin.fr

Centre de gestion Mercer
164-174 rue Victor Hugo - 92536 LEVALLOIS PERRET CEDEX

 N° Indigo 0 825 39 39 63

0,15 € TTC / MN

Télécopie : 01 41 27 60 77