

5 PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'affiliation

QUALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE	PIÈCES JUSTIFICATIVES (COPIES)
Salarié / Conjoint / Enfant à charge de – 21 ans	- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale)
Salarié	- Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, - Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez percevoir les prestations. - Pour l'option facultative individuelle : une autorisation de prélèvement SEPA.
Concubin, Partenaire de PACS	- Justificatif de vie commune (quittance loyer, facture EDF, etc) ou convention de PACS
Enfant âgé de moins de 26 ans :	
• étudiant	- Certificat de scolarité ou carte d'étudiant
• en alternance	- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
• à la recherche d'un 1 ^{er} emploi inscrit à Pôle Emploi	- Attestation d'inscription à Pôle Emploi
Enfant en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%	- Tout document justificatif (notification de l'invalidité, attestation versement de l'AES, AAH, AHH...)

6 FORMALITÉS

Je reconnais avoir reçu le descriptif des garanties du régime.

J'accepte que mon adhésion prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du taux de cotisations dues.

J'autorise à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement figurant ci-après.

Votre organisme assureur met en œuvre un traitement de données à caractère personnel, afin de gérer votre contrat.. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'un titre d'identité.

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales

Fait à : _____ Le :

Signature du salarié

7 BULLETIN A RETOURNER A :

Le contrat est coassuré par Mutex, Mutuelle Adréa, Apréva, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, organismes présentés dans la notice d'information. Les organismes coassureurs sont représentés par Mutex, qu'ils ont mandaté à cet effet en qualité d'apériteur et coordinateur.

Mentions légales de la mutuelle :

Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc - 33054 Bordeaux Cedex

N° SIREN : 434 243 085

Autorité de Contrôle : A.C.P.R. 61 rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex

