

Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité - RNIM 419 512 063

MSAé Siège Social - AIRBUS HELICOPTERS - CS 70069 - 13726 MARGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65

MSAé Section de Méaulte - C.E. Stelia Aerospace - Route de Bray sur Somme - BP 70210 - 80810 MEAULTE - Tél. 03.22.64.00.81 - Fax 03.22.64.30.64

CHEF DE FAMILLE

Venez-vous d'une autre mutuelle : OUI NON Laquelle:

NOM : Prénom: NOM de jeune fille:

CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) PACSE(E) CONCUBIN VEUF(VE)

Né(e) le ... / ... / N° de S.S. CPAM

Adresse

Code Postal Ville Téléphone Mail

CONJOINT

ENFANTS (précisez le nom si différent du chef de famille)

Nom de jeune fille	Nom - Prénom	Né(e) le
Prénom / .. / ..
Né(e) le ... / ... / / .. / ..
N° de S.S. / .. / ..
CPAM / .. / ..

Pour vos données indiquées ci-dessus, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la MSAé conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Demande à adhérer au contrat: (Mettre une croix dans la case choisie)


JEUNE <input type="checkbox"/> (12 mois minimum)	PLENITUDE <input type="checkbox"/> (24 mois minimum)
TRANQUILITE <input type="checkbox"/> (12 mois minimum)	LE MODULAIRE <input type="checkbox"/> (24 mois minimum)
SERENITE <input type="checkbox"/> (12 mois minimum)	+ Options PV ① ② ③ PDO ① ② ③
HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> (12 mois minimum)	PH ① ② ③ PA* ① ② ③
EQUILIBRE <input type="checkbox"/> (12 mois minimum)	*compléter le document allocation obsèques

Les cotisations correspondantes sont prélevées sur compte bancaire.

A compter du 01 / ... /

Fait à Le ... / ... / Signature:

En deux exemplaires originaux: Un exemplaire Adhérent, un exemplaire MSAé.

Mandat de prélèvement SEPA	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La MSAé	(B) votre banque à débiter votre compte
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et conformément aux instructions de La MSAé	
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.		
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA :	FR76ZZZ193321
Débiteur :	Créancier :	
Votre Nom	Nom	MSAé
Votre Adresse	Adresse	CS 70069
Code postal	Code postal	13726
Pays	Pays	FRANCE
Ville	Ville	MARGNANE CEDEX
IBAN	Paielement :	<input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
BIC	Tiers créancier
Tiers débiteur		
A :	Le :
Signature :		
Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
Veillez compléter tous les champs du mandat.		