Mutuelle Solidarité Aéronautique
DEMANDE D'ADHESION

Section de Rochefort
contact.rochefort@msae.fr

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

MSAé Siège Social - AIRBUS HELICOPTERS - BP 69 - 13726 MARIGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65

MSAé Section de Rochefort – Site de STELIA AEROSPACE – ZI Ancien Arsenal – 17300 ROCHEFORT - Tél. 05.46.82.84.37 – Fax 05.46.82.88.98

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

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Né(e) le .../.../.....

N° de S.S. .....

CPAM .....

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

Nom – Prénom	Né(e) le
.....	.../.../.....
.....	.../.../.....
.....	.../.../.....
.....	.../.../.....

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	☐ (12 mois minimum)	PLENITUDE	☐ (24 mois minimum)
TRANQUILITE	☐ (12 mois minimum)	LE MODULAIRE	☐ (24 mois minimum)
SERENITE	☐ (12 mois minimum)	+ Options	PV ①②③ PDO ①②③
HOSPITALISATION	☐ (12 mois minimum)		PH ①②③ PA* ①②③
EQUILIBRE	☐ (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** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte 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 :

Votre Nom .....

Votre Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Créancier :

Nom **MSAé**

Adresse CS 70069

Code postal 13726 Ville MARIGNANE CEDEX

Pays FRANCE

IBAN .....

BIC .....

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

Tiers débiteur .....

Tiers créancier ----------

A : .....

Le : .....

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.