

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

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

MSAé Section de SAINT NAZAIRE – Site C.E. AIRBUS Group – Rue Henri Gautier – BP 78 – 44550 MONTOIR DE BRETAGNE - Tél. 09.73.87.37.01 – Fax 02.28.54.50.15

### 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	La MSAé
 <p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) 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</p> <p>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.</p>	
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA : <b>FR76ZZZ193321</b>
Débiteur :	Créancier :
Votre Nom	Nom <b>MSAé</b>
Votre Adresse	Adresse <b>CS 70069</b>
Code postal	Code postal <b>13726</b> Ville <b>MARIIGNANE CEDEX</b>
Pays	Pays <b>FRANCE</b>
IBAN	Paieement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
BIC	Tiers créancier
Tiers débiteur	Le : [ ]
A :	Signature :
<p>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p><b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b></p>	
<p>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 39 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p>	