

Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité - RNIM 419 512 063
MSAé Siège Social - AIRBUS HELICOPTERS - CS70069 - 13726 MARGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65
MSAé Section de Toulouse - 15, Chemin de la Crabe - 31300 TOULOUSE - Tél. 05.61.15.88.32 - Fax 05.61.15.88.48

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 <input type="checkbox"/> ① ② ③ PDO <input type="checkbox"/> ① ② ③
HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> (12 mois minimum)	PH <input type="checkbox"/> ① ② ③ PA* <input type="checkbox"/> 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.

	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 : FR76ZZ193321	
Débiteur :	Créancier :	
Votre Nom	Nom MSAé	
Votre Adresse	Adresse CS70069	
Code postal Ville	Code postal 13726 Ville MARGNANE CEDEX	
Pays	Pays FRANCE	
IBAN <input type="text"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel	
BIC <input type="text"/>	Tiers créancier	
Tiers débiteur		
A :	Le : <input type="text"/>	
Signature : <input type="text"/>		
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.		
<small>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.</small>		