

# Mutuelle Solidarité Aéronautique

## DEMANDE D'ADHESION

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 Gonesse – VECTOR AEROSPACE – 1, Bd du 19 Mars 1962 – BP 50064 – 95503 GONESSE - Tél. 01.30.18.52.51 – Fax 01.30.18.54.96

### 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 complément du contrat: (Mettre une croix dans la case choisie)

Les cotisations correspondantes sont prélevées sur compte bancaire.

« NON CADRE NON FORFAITE » et « CADRE ET FORFAITE » :

MODULAIRE OPTIONS DU CONTRAT AIRBUS GROUP PV ① ② ③ PDO ① ② ③ \*compléter le document allocation  
(24 mois minimum) PH ① ② ③ PA\* ① ② ③

« CADRE ET FORFAITE » :

DENTAIRE & OPTIQUE PLUS  (12 mois minimum) ENERGIE  (24 mois minimum)  
COMPLEMENTAIRE CONFORT  (12 mois minimum)

Et déclare avoir pris connaissance des statuts et des clauses régissant le contrat souscrit.

A compter du 01 / ... / .....

Fait à ..... Le ... / ... / ..... Signature: .....

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

Mandat de prélèvement SEPA		La MSAé	
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		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 :	<b>FR76ZZZ193321</b>	
Débiteur :	Créancier :	MSAé	
Votre Nom	Nom	CS 70069	
Votre Adresse	Adresse		
Code postal	Code postal	13726	Ville MARGNANE CEDEX
Pays	Pays	FRANCE	
IBAN	Paiement :	<input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel	
BIC	Tiers créancier	.....	
Tiers débiteur	Le :	.....	
A :	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.**

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.