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 MARIGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65

Section de Marignane
contact.marignane@msae.fr

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 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 (24 mois minimum)

PV ①②③ PDO ①②③

PH ①②③ PA* ①②③

*compléter le document allocation

« 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

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 :		Créancier :	
Votre Nom		Nom	MSAé
Votre Adresse		Adresse	CS 70069
Code postal / Ville		Code postal / Ville	13726 MARIGNANE CEDEX
Pays		Pays	FRANCE
IBAN			
BIC		Paiement :	☒ 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.