

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 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

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 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
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 : **MSAé**
Votre Nom Adresse
Code postal Ville Code postal **13726** Ville **MARGNANE CEDEX**
Pays Pays **FRANCE**

IBAN Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel
BIC Tiers créancier :

Tiers débiteur A : Le :

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.