



Mutuelle Solidarité Aéronautique

DEMANDE DE MODIFICATION DE CONTRAT

Section de Méaulte
Contact.meaulte@msae.fr

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

MSAé Siège Social - AIRBUS HELICOPTERS - CS 70069 - 13726 MARGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65

MSAé Section de Méaulte - C.E. Stelia Aerospace - Route de Bray sur Somme - BP 70210 - 80810 MEAULTE - Tél. 03.22.64.00.81 - Fax 03.22.64.30.64

ADHERENT

NOM : Prénom: NOM de jeune fille:
Né(e) le ... / ... / N° de S.S.

N° D'ADHERENT MSAé :

Adresse
Code Postal Ville Téléphone Mail

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 modifier mon contrat actuel au bénéfice du 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
HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/>	(12 mois minimum)		PH	① ② ③
EQUILIBRE	<input type="checkbox"/>	(12 mois minimum)		PA*	① ② ③

*compléter le document allocation obsèques

Les cotisations correspondantes sont prélevées sur compte bancaire.

L'adhérent déclare avoir pris connaissance des statuts et des clauses régissant le contrat souscrit.
Cette modification s'applique pour l'adhérent et l'ensemble des ayants droit du contrat.

A compter du 01 / 01 /

Signature(indiquez la mention « lu et approuvé ») :

Fait à Le ... / ... /
En deux exemplaires originaux: Un exemplaire Adhérent, un exemplaire MSAé.

 Mandat de prélèvement SEPA <small>Single Euro Payments Area</small>	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 : Votre Nom Créancier : Votre Adresse Nom MSAé Code postal Ville Adresse CS 70069 Pays Code postal 13726 Ville MARGNANE CEDEX IBAN Pays FRANCE BIC Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> 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. 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 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.