

BULLETIN D'ADHÉSION

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

OFFRE ASSOCIATION DE RETRAITÉS

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

Date d'effet d'adhésion :

Sous réserve de la réception du dossier d'adhésion complet avant le :

La couverture frais de santé souscrite est effective jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation selon les conditions et les modalités précisées dans la notice d'information.

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

L'ASSURÉ

N° de contrat individuel :

COMMERCIALISATION

à distance par démarchage en agence

Conseiller :

N° de l'offre :

L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE

N° de contrat collectif :

Raison sociale :

RNA / SIREN :

Adresse :

Code postal : Ville :

*Les informations suivies d'un astérisque sont considérées comme obligatoires pour la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

ADHÉRENT(E) / MEMBRE PARTICIPANT

M Mme NOM* (en capitales) : Prénom* :

Adresse* :

Adresse mail :

Votre situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale PACS

Code postal* :

Téléphone domicile

Ville* :

Téléphone portable/pro.

Je bénéficie actuellement d'une garantie santé individuelle souscrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle sous le N° si oui : je souhaite la résilier à la date de mon adhésion au contrat collectif.

Je donne mandat à VIASANTÉ Mutuelle pour agir en mon nom et pour mon compte afin de résilier mon (mes) contrat(s) dont les informations figurent sur le document annexé intitulé « INFORMATIONS NÉCESSAIRES A LA RÉSILIATION »

BÉNÉFICIAIRES

	Nom* - Prénom*	Sexe M/F	Date de naissance* (1)	N° Sécurité sociale*	Caisse de régime obligatoire*	Refus télétrans (2)	Motif (3)
ASSURÉ(E) PRINCIPAL(E)			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
CONJOINT			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
PERSONNES À CHARGE			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	

(1) Le dernier chiffre correspond au rang de naissance. (2) Cochez la case pour vous opposer à la télétransmission avec votre Caisse d'Assurance Maladie. Vous devrez alors nous envoyer les décomptes de votre Caisse d'Assurance Maladie pour obtenir les remboursements de la Mutuelle. (3) AM : autre mutuelle / DA : double affiliation / RA : refus adhérent / RO : attestation manquante.

COTISATIONS

Niveau de Garantie

1 **2** **3** **4**

Cotisation mensuelle en €

JE CHOISIS LA FORMULE*

Cochez une case et une seule

La gratuité est accordée aux enfants à charge de moins de 26 ans de 3^e rang et plus, dans la mesure où tous les enfants sont inscrits sur le même contrat.

PAIEMENT DES COTISATIONS

par prélèvement automatique

Date le 05 du mois le 15 du mois

Fréquence mensuel trimestriel semestriel annuel

par chèque

Fréquence trimestriel semestriel annuel

