

### MOTIF

Nouvelle adhésion

Modification de situation

Ajout d'un bénéficiaire

Sortie d'un bénéficiaire

Résiliation

Date d'effet :

### VOTRE ASSOCIATION

N° identification : 68A515761  
AMC TREIGNY PERREUSE

### ADHÉRENT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Commune : ..... Code Postal :

N° de téléphone :  Adresse e-mail : .....

SITUATION FAMILIALE :  CÉLIBATAIRE  MARIÉ(E)  PACSÉ(E)  VIE MARITALE  VEUF(VE)

TÉLÉTRANSMISSION :  OUI  NON

Pour raccourcir les délais de remboursement, j'accepte, pour moi et ma famille, les échanges d'informations par télétransmission entre les régimes obligatoires, les professionnels de santé et Mutualia. Dans le cas contraire, je devrai adresser mes décomptes papier pour pouvoir bénéficier des prestations complémentaires.

### BÉNÉFICIAIRES ET GARANTIE SOUSCRITE

BÉNÉFICIAIRES	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (N°INSS)	RÉGIME DE BASE CPAM, MSA...
Vous				<input type="text"/>	
Conjoint(e) / assimilé(e)				<input type="text"/>	
Enfant 1				<input type="text"/>	
Enfant 2				<input type="text"/>	
Enfant 3				<input type="text"/>	
Enfant 4				<input type="text"/>	

GARANTIE CHOISIE :  VIVACTIV'100  VIVACTIV'150 Montant cotisation mensuelle :  €  
(Pour l'ensemble du foyer)

### Je souhaite régler ma cotisation :

Mensuellement par prélèvement automatique  
(Pas de frais de fractionnement)

#### Annuellement

par prélèvement automatique

par chèque bancaire ou postal

### PIÈCES À JOINDRE : Cadre réservé à Mutualia (cocher les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/> Photocopie pièce identité	<input type="checkbox"/> Justificatif d'appartenance au groupement souscripteur
<input type="checkbox"/> Attestation Carte Vitale (pour les assurés non agricole)	<input type="checkbox"/> Mandat de Prélèvement SEPA
<input type="checkbox"/> Relevé d'Identité Bancaire	

Je soussigné déclare adhérer à MUTUALIA Alsace - GRAND EST pour moi-même et les personnes désignées ci-dessus et être informé de la faculté de renonciation à l'adhésion par lettre recommandée avec Accusé de Réception pendant un délai de 7 jours, à compter de l'information de la prise d'effet de l'adhésion.

### SIGNATURE précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à.....

Le

### CONTACTER VOTRE ASSOCIATION

Mutualisation communale de Treigny-Perreuse  
Mairie de Treigny 89520 Treigny