

Nom _____ (en majuscule) Nom de jeune fille _____ (en majuscule) Prénoms _____ (en majuscule)

N° de Sécurité sociale _____ Date de naissance _____

Nationalité _____ Lieu de naissance _____

ADRESSE PERSONNELLE

Informez impérativement la mutuelle de tout changement d'adresse intervenu en cours de contrat

N° Rue _____

CP _____ Ville _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e) Employeur _____
 Demandeur d'emploi Retraité(e) Etudiant(e) Autres

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Concubin Pacsé(e)
 Marié(e) Séparé(e)
 Divorcé(e) Veuf(ve)

GARANTIES OBLIGATOIRE

Par mon adhésion à la mutuelle, je souscris obligatoirement à l'un des 3 niveaux de garantie santé SMAR :

Niveau 1 / Saule

Niveau 2 / Erable

Niveau 3 / Chêne

AUTRES PERSONNES A GARANTIR AU TITRE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Je sollicite la couverture des personnes mentionnées ci-dessous :

	SEXE		NOM / PRENOM	Dispose de sa propre couverture Sécurité sociale		DATE DE NAISSANCE	N° Ss
	M	F		OUI	NON		
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(1) Le conjoint ou le(les) enfant(s) du MPA qui bénéficie d'une couverture Sécurité sociale personnelle (de plein droit), doit s'inscrire comme Membre Participant Associé (MPA). A ce titre, il doit remplir son propre bulletin d'adhésion.

« Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Statuts. Je demande mon adhésion à la SMAR et m'engage à remplir toutes les obligations statutaires, notamment le paiement des cotisations dont je suis redevable. J'autorise le prélèvement mensuel de mes cotisations sur mon compte bancaire (remplir l'autorisation à cet effet).

Adhésion à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la date de signature de ce bulletin OU Adhésion différée au _____

« Lu et approuvé »

Signature _____ A _____

Le _____

Tournez SVP

« Les informations demandées sont obligatoires car nécessaires au traitement de la demande d'adhésion et du dossier. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous pouvez obtenir, à tout moment, communication – et le cas échéant, rectification – des informations nominatives vous concernant, en vous adressant à la SMAR. Sauf opposition écrite de votre part adressée à la SMAR, les informations nominatives recueillies pourront être exploitées par cette dernière ou ses partenaires pour vous envoyer des publicités commerciales ».

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro d'émetteur : 210 765

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par la SMAR. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai ce différend directement avec le créancier.

Nom, prénom et adresse du débiteur

Nom, et adresse du créancier

SMAR – 8, rue du Helder – 75441 Paris Cedex 09

Nom, et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Compte à débiter

Code Etablissement _____ Code Guichet _____ Numéro du compte _____ Clé RIB _____

Date _____

Signature _____

PIECES A JOINDRE

- Copie de l'attestation d'ouverture de droits Sécurité sociale (*imprimé joint avec la carte VITALE*).
- Copie du dernier bulletin de salaire ou attestation de l'employeur.
- Copie du contrat de travail à durée déterminé (avec les dates du CDD)
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

EXTRAITS DES STATUTS ET REGLEMENTS A TITRE D'INFORMATION

Objet

Le présent bulletin d'adhésion permet au souscripteur et à sa famille de bénéficier des prestations médico-chirurgicales qui complètent celles du régime obligatoire.

- ### **Les garanties et cotisations** sont susceptibles d'évoluer selon les décisions de l'Assemblée Générale de la mutuelle. Ces évolutions sont portées à la connaissance des adhérents notamment par la revue d'informations qui leur est régulièrement adressée.

Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la Mutualité.
Les modifications des montants et des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.