



BULLETIN D'ADHÉSION SANTÉ GARANTIES SUR-COMPLÉMENTAIRES CONFORT 1 & 2

Adhésion

Modification

Date d'adhésion ou d'effet : ____/____/____

OPTIONS (cocher l'option choisie qui sera applicable à l'ensemble de la famille)

CONFORT 1

CONFORT 2

RENSEIGNEMENTS vous concernant (à remplir en lettres capitales)

Mme Mlle M.

N° Adhérent Mutuelle Renault : _____

Nom : _____ Nom marital : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité Sociale : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N° de téléphone (dans la journée) : _____ Adresse Email : _____

Nom de votre complémentaire santé actuelle : _____

(si différente de la Mutuelle Renault)

AYANTS DROIT : les personnes que vous assurez (à remplir en lettres capitales)

Votre conjoint(e)

(en cas de vie maritale, un justificatif est nécessaire)

Mme Mlle M. Nom : _____ Nom marital : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ N° de Sécurité Sociale : _____

Mes enfants à charge (cf. statuts) :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Je reconnais que le droit aux prestations des garanties sur-complémentaire CONFORT 1 & 2 prend effet 3 mois après l'adhésion (délai de carence) ou 6 mois après 60 ans d'âge.

(Cf : Règlement Mutualiste de la Mutuelle Renault)

Je reconnais avoir connaissance que le règlement mutualiste et les statuts de la Mutuelle sont accessibles sur simple demande et consultables sur notre site internet et autorise le prélèvement de mes cotisations sur mon compte bancaire. Le règlement mutualiste et les statuts de la mutuelle seront envoyés sous format papier avec le premier appel de cotisations. (remplir et retourner "le mandat SEPA" joint).

Je m'engage également à fournir à la Mutuelle les éventuels changements d'adresse ou de compte bancaire ainsi que toutes les informations nécessaires à la gestion de mon dossier (déclaration C.N.I.L. N° 62 142)

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____

Contrat assuré par :

Mutuelle Renault soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 775 722 655 - siège social : 9 rue de Clamart 92772 Boulogne-Billancourt Cedex

Organisme soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue de Taitbout 75009 PARIS

Conformément à la loi Informatique et Libertés 78-17 du 06-01-78, les informations vous concernant sont destinées à l'assureur du contrat. Elles sont indispensables pour permettre à la Mutuelle Renault de gérer votre adhésion. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.