



## BULLETIN D'ADHÉSION SANTÉ

ADHÉSION  MODIFICATION  CHANGEMENT D'OPTION

Date d'adhésion ou d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

HOSPI  A\*  AB  AC  AS  AM

Attention : \*L'option "A" est réservée aux nouveaux adhérents.

### RENSEIGNEMENTS vous concernant (à remplir en lettres capitales)

Mme  Mlle  M.

N° Adhérent Mutuelle Renault : \_\_\_\_\_ (hors adhésion)

Nom : \_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
(joindre la copie de votre carte d'identité ou passeport ainsi que l'attestation Vitale)

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

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

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services de Mutuelle Renault  par e-mail  par SMS

### 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 : \_\_\_\_\_ (joindre la copie de l'attestation Vitale)

**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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Pour les enfants handicapés (cocher la case)

### Liaison informatique NOEMIE avec votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (selon votre régime obligatoire)

**J'accepte la connexion pour :**

Moi  Mon conjoint  Mes ayants droit

**Je n'accepte pas la connexion pour :**

Moi  Mon conjoint  Mes ayants droit

En acceptant cette liaison, j'autorise ma Caisse de Sécurité Sociale à transmettre à la Mutuelle Renault la copie de mes décomptes ainsi que celle des bénéficiaires du contrat désignés ci-dessus.

**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 : \_\_\_\_\_

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément à l'article L.121-34 du Code de la consommation.