BULLETIN D'AFFILIATION
AU CONTRAT FRAIS DE SOINS DE SANTE

Souscripteur		N° Contrat	
Nom Groupe		N° Groupe	
Groupe assuré			

A remplir par le service du personnel

DATE D'ENTREE DATE D'AFFILIATION

MEMBRE PARTICIPANT

M Mme Mlle NOM

NOM DE JEUNE FILLE

PRENOM

DATE DE NAISSANCE N° MATRICULE

NUMERO BTQ NATURE DE VOIE

NOM DE VOIE

COMPLEMENT

CODE POSTAL COMMUNE

N° SECURITE SOCIALE CPAM MSA ALS. MOSELLE AUTRES

N° TEL DOMICILE N° TEL PROFESSIONNEL

N° TEL PORTABLE E-MAIL @

SITUATION FAMILIALE CELIBATAIRE UNION LIBRE PACSE(E) MARIE(E) DIVORCE(E) VEUF(VE)

AUTRE(S) PERSONNE(S) A INSCRIRE

M Mme Mlle	PRENOM	NOM	DATE DE NAISSANCE	Conjoint	Enfant

PRODUIT * Cocher la garantie facultative le cas échéant

SPORT BASE obligatoire OPT1 facultatif * OPT2 facultatif *

COORDONNEES BANCAIRES (pour le règlement des prestations)

TITULAIRE DU COMPTE

CODE BANQUE CODE GUICHET N° COMPTE CLE

Important : - joindre impérativement au présent bulletin la photocopie des attestations de carte vitale de chaque bénéficiaire
- joindre un Relevé d'Identité Bancaire

RESERVE AU MEMBRE PARTICIPANT

Loi informatique et libertés du 06/01/78 – Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour l'enregistrement de votre demande et seront informatisées pour des besoins de gestion interne. Sauf opposition de votre part, et à l'exception des données de santé, elles pourront être utilisées à des fins de prospection et communiquées aux sociétés et partenaires du groupe Macif. Vous disposez à l'égard de ces données d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction générale de Macif-Mutualité, 2 et 4 rue Pied de Fond, 79037 Niort Cedex 9, responsable du traitement.

Le membre participant certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin.

Fait à :

Le

Signature du membre participant

RESERVE AU SOUSCRIPTEUR

L'entreprise certifie que le membre participant pour lequel l'inscription est établie est présent à l'effectif ce jour.

Fait à :

Le

Cachet
Nom et qualité du signataire

DOCUMENTS A RETOURNER PAR LE SOUSCRIPTEUR A :
MACIF-MUTUALITE – Centre de gestion de Niort – 20 rue de la Broche – CS 30000 – 79077 NIORT Cedex 9

BAF BASE OBL OPT1 OPTI2 SPORT 01/2016