REGIME FRAIS DE SANTE NON CADRE NON FORFAITE NIVEAU I à NIVEAU V - 1
BULLETIN D'ADHESION MUTUELLE

AIRBUS GROUP

MSAé — LA MUTUELLE OUVERTE À TOUS

Coordonnées de votre mutuelle gestionnaire

Section de Marignane

Site AIRBUS HELICOPTERS - CS 70069- 13726 MARIGNANE CEDEX
Téléphone 04.42.85.85.36 - Fax 04.42.85.86.65 - Mail : contact.marignane@msae.fr

DATE D'EFFET DE L'ADHESION

/ /

	NUMERO DE SECURITE SOCIALE	NOM (en lettres capitales)	PRENOM	(1)	(2)	DATE DE NAISSANCE	(3)
SALARIE							
CONJOINT							
1 ENFANT							
2 ENFANT							
3 ENFANT							
4 ENFANT							
5 ENFANT							
6 ENFANT							
ASCENDANT							

CODES

(1) SEXE
- 1 = MASCULIN
- 2 = FEMININ

(2) STATUT
- 8 = CONJOINT A CHARGE DE L'ADHERENT
- 9 = CONJOINT ASSURE SOCIAL
- A = ETUDIANT OU APPRENTI
- B = PERSONNE A CHARGE DU CONJOINT
- C = ASCENDANT

(3) REGIME OBLIGTOIRE
- 1 = REGIME GENERAL
- 2 = REGIME ETUDIANT
- 3 = AUTRE REGIME

TELETRANSMISSION NOEMIE

☐ Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission automatique avec la Sécurité Sociale

COORDONNEES DU SALARIE DANS L'ENTREPRISE (en lettres capitales) — **OBLIGATOIRES**

MATRICULE
POSTE TELEPHONIQUE
ADRESSE INTERNE
SOCIETE
DATE D'ENTREE
ETABLISSEMENT

- IMPORTANT -

Joindre au bulletin :
- ***Un Relevé d'Identité Bancaire*** *(RIB) avec IBAN ou postal.*
- ***Copie de votre attestation SESAM VITALE*** *à jour ainsi que celle du conjoint et/ou des enfants le cas échéant.*
- ***Les pièces justificatives*** *demandées dans la notice accompagnant ce bulletin* ***pour tout enfant de plus de 18 ans*** *(certificat de scolarité, apprentissage....).*

COORDONNEES PERSONNELLES DE L'ADHERENT (en lettres capitales) — **OBLIGATOIRES**

ADRESSE
TELEPHONE FIXE
TELEPHONE MOBILE
ADRESSE MAIL
CODE POSTAL
VILLE

Je, soussigné(e), demande pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à la mutuelle. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et règlementaires de la Mutuelle. J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'Assurance Maladie et de l'Union Mutualiste de mon département. J'autorise la Mutuelle a transmettre à des organismes mutualistes ou iters (CPAM,...) toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service de gestion de la couverture santé. Dans le cas contraire, j'informerai, par écrit, la mutuelle de mon refus. Je reconnais disposer en vertu de la loi informatique et liberté du 06/01/1978, d'un droit d'accès et de rectification, pour toute information me concernant, en m'adressant à ma mutuelle.
Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information.

Fait à : Le : Signature du salarié :

Une vie à vous protéger — IPECA PREVOYANCE

MUTUALITÉ FRANÇAISE — PRÉVOYANCE

Contrat collectif coassuré par IPECA GARANTIES et par l'UNPMF agissant pour elle-même mais également pour le compte d'organismes mutualistes coassureurs (dont la liste figure dans la notice d'information) l'ayant mandaté à cet effet et dont elle assure la coordination.