



Mutuelle Solidarité Aéronautique

DEMANDE D'ADHESION

Section de Marignane
contact.marignane@msae.fr

Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité - RNIM 419 512 063

MSAé Siège Social - AIRBUS HELICOPTERS - CS 70069 - 13726 MARIGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65

CHEF DE FAMILLE

Venez-vous d'une autre mutuelle : OUI NON Laquelle:

NOM : Prénom: NOM de jeune fille:

CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) PACSE(E) CONCUBIN VEUF(VE)

Né(e) le ... / ... / ... N° de S.S. CPAM TELETRANSMISSION (cochez si oui)

Adresse

Code Postal Ville Téléphone Mail

CONJOINT

ENFANTS (précisez le nom si différent du chef de famille)

Nom de jeune fille

Prénom

Né(e) le ... / ... /

N° de S.S.

CPAM

Nom – Prénom

Né(e) le

..... /

..... /

..... /

..... /

Pour vos données indiquées ci-dessus, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la MSAé conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Demande à adhérer au contrat: (Mettre une croix dans la case choisie)

JEUNE (12 mois minimum)

TRANQUILITE (12 mois minimum)

SERENITE (12 mois minimum)

HOSPITALISATION (12 mois minimum)

EQUILIBRE (12 mois minimum)

PLENITUDE (24 mois minimum)

LE MODULAIRE (24 mois minimum)

+ Options PV ① ② ③ PDO ① ② ③

PH ① ② ③ PA* ① ② ③

*compléter le document allocation obsèques

Les cotisations correspondantes sont prélevées sur compte bancaire.

A compter du 01 / ... /

Fait à Le ... / ... / Signature:

En deux exemplaires originaux: Un exemplaire Adhérent, un exemplaire MSAé.

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| Mandat de prélèvement SEPA | | La MSAé En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La MSAé. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. | | | |
| Référence unique du mandat : | | Identifiant créancier SEPA : FR76ZZZ193321 | | | |
| Débiteur : Votre Nom Votre Adresse Code postal Ville Pays | | Créancier : Nom MSAé Adresse CS 70069 Code postal 13726 Ville MARIGNANE CEDEX Pays FRANCE | | | |
| IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel | | | |
| BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | Tiers créancier | | | |
| Tiers débiteur | | Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| A : | | Signature : <input type="text"/> | | | |
| Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. | | | | | |
| Veillez compléter tous les champs du mandat. | | | | | |
| Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. | | | | | |