Bulletin d'affiliation à la mutuelle

ALEBA

Cadre réservé à Aleba

Certifié conforme,
date et cachet de l'entreprise

Date d'embauche . . . . . .

Mois de paiement de la 1re cotisation . . . . . .

Vous souhaitez adhérer : comment faire ?

1. Remplissez ce bulletin d'affiliation en indiquant toutes les personnes qui seront prises en charge (voir au verso).
2. Remplissez, le cas échéant, l'autorisation de prélèvement jointe.
3. Joignez un relevé d'identité bancaire ou postal.
4. Datez et signez ces documents.
5. Joignez la photocopie de l'attestation qui était jointe à l'envoi de votre carte d'Assurance maladie Vitale, ainsi que celle de votre conjoint si nécessaire.
6. Retournez votre dossier auprès du responsable de votre groupement qui remplira le cadre ci-dessus.

Dossier du salarié

Vous êtes déjà adhérent à la mutuelle — Indiquez votre numéro |__.__.__.__.__.__.__|
Les cotisations perçues par avance vous seront remboursées.

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Nom de jeune fille . . . . . Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Adresse . . . . .

Code postal . . . . . Ville . . . . .

Tél. . . . . E-mail . . . . .

Profession du salarié . . . . .

Situation de famille ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ union libre

Adresse de votre Caisse primaire d'Assurance maladie : . . . . .

. . . . .

N° du régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__|

Régime obligatoire ☐ général ☐ local [1] ☐ MSA

Garantie choisie . . . . . Type de cotisation . . . . .

Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec la Sécurité sociale ☐ oui ☐ non.

(1) Pour les salariés d'Alsace / Moselle.

Zone réservée à Prévadiès

N° famille . . . . . N° usager . . . . . N° groupement . . . . .

Date d'affiliation . . . . /. . . . /. . . . Code INSEE |__.__.__.__.__|

Prélèvement (0/1) . . . . . Type |__.__.__| CSP |__.__|

Stage . . . . /. . . . /. . . . Appel . . . . .

Date recouvrement . . . . /. . . . /. . . .

Prévadiès
Harmonie Mutuelles

N'oubliez pas de signer votre bulletin d'affiliation au verso. ▶▶▶

Bulletin d'affiliation : indiquez ici les membres de votre famille qui bénéficieront avec vous des garanties

Conjoint Votre conjoint adhère-t-il avec vous ? ☐ oui ☐ non

Si non Indiquez sa mutuelle . . . . . .

Si oui Nom . . . . . Prénom . . . . .

Nom de jeune fille . . . . . Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Profession . . . . . Employeur . . . . .

Régime obligatoire ☐ général ☐ local [1] ☐ MSA ☐ autres . . . . .

Adresse de sa Caisse primaire d'Assurance maladie . . . . .

. . . . .

N° du Régime obligatoire |__|__.__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| Clé |__.__| [2]

1er enfant

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Emploi [3] . . . . .

2e enfant

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Emploi [3] . . . . .

3e enfant

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Emploi [3] . . . . .

4e enfant

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Emploi [3] . . . . .

5e enfant

Nom . . . . . Prénom . . . . .

Date de naissance |__.__| |__.__| |__.__.__.__|

Emploi [3] . . . . .

(1) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.
(2) Joignez la photocopie de l'attestation qui était jointe à l'envoi de votre carte d'Assurance maladie Vitale.
(3) S'il a plus de 16 ans, indiquez sa profession ou s'il est étudiant, apprenti ou au chômage.

« Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur la mutuelle et avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle ainsi que de la notice d'information de mon contrat, dont je m'engage à respecter les termes ainsi que les décisions prises en Assemblée Générale par les délégués élus chargés de représenter ma section de vote.

En application des articles 27, 32, 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 (Loi Informatique et Libertés), modifiée par la Loi de Confiance sur l'Économie Numérique de juin 2004, je suis informé(e) de ce que mes réponses sont nécessaires pour mon affiliation et le traitement de mon dossier. Les destinataires de ces informations sont la mutuelle Prévadiès, ses réassureurs ou les organismes professionnels concernés, qui pourront m'adresser par e-mail ou voie postale des propositions et documents commerciaux susceptibles de m'intéresser. **Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions ou documents, je coche la case suivante** ☐
Je peux demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant, en m'adressant à la mutuelle.

Au cours d'un entretien, notamment téléphonique, avec un Conseiller Prévadiès, l'échange d'informations peut être enregistré, servant éventuellement de preuve et permettant le contrôle de la qualité ou la formation du personnel. Je reconnais en avoir été préalablement informé et accepte la mise en place de cette procédure ».

Fait à . . . . . le . . . . . Signature de l'adhérent

DirCom - 06/07