

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⁾

Pour les remboursements de mon conjoint, j'accepte les échanges automatiques avec la Sécurité sociale oui non

❖ **1^{er} enfant**

Nom Prénom

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi ⁽³⁾

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | ⁽²⁾

❖ **2^e enfant**

Nom Prénom

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi ⁽³⁾

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | ⁽²⁾

❖ **3^e enfant**

Nom Prénom

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi ⁽³⁾

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | ⁽²⁾

❖ **4^e enfant**

Nom Prénom

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi ⁽³⁾

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | ⁽²⁾

❖ **5^e enfant**

Nom Prénom

Date de naissance | | | | | | | | | | Emploi ⁽³⁾

N° du régime obligatoire | | | | | | | | | | Clé | | | | ⁽²⁾

(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