

Mutuelle des Cadres Vauban

Bulletin d'adhésion frais de soins de santé

Le + santé
la protection santé

**CFE
CGC**
Le + syndical

**Vauban
Humanis**
Une solidarité d'avance

Merci de joindre à ce bulletin d'adhésion

- Votre Relevé d'Identité Bancaire.
- La photocopie de votre attestation de droits de Sécurité sociale accompagnant votre carte vitale, et celle de votre conjoint, concubin ou pacsé : (joindre une attestation sur l'honneur de vie commune ou l'attestation du PACS) si vous l'inscrivez en qualité d'ayant droit
- Pour les enfants étudiants, en contrat d'apprentissage, en contrat de qualification, inscrits dans un cursus de formation ou demandeurs d'emploi, (couverts jusqu'à leur 28^e anniversaire) ou adultes handicapés (repris sous le numéro de Sécurité sociale de l'un des parents), joindre une photocopie de l'attestation de droits Sécurité sociale accompagnant leur carte vitale et un certificat de scolarité ou tout autre justificatif.
- Le certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé.
- Votre autorisation de prélèvement.

Le membre participant

À remplir en CAPITALES

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom marital _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse _____

Code Postal [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Ville _____

Tél.* [] E-mail* _____

N° Sécurité sociale []

Situation de famille Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Concubin(e) ou Pacsé(e) Séparé(e) ou divorcé(e)

en activité retraité

N° d'adhérent CFE-CGC _____ Nom du syndicat _____

Mois et année d'adhésion [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fédération _____

* Facultatif

Le conjoint, concubin ou pacsé

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom marital _____

Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° Sécurité sociale []

Les enfants

Inscrits sur l'attestation de droits de Sécurité sociale accompagnant votre carte vitale ou celle du conjoint, concubin, ou pacsé

Enfant 1 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Enfant 2 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Enfant 3 Nom _____ Prénom _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Formule choisie

+ Santé 1 + Santé 2 + Santé 3 + Santé 4

Date d'effet souhaitée le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Réservé à la Mutuelle des Cadres Vauban

Date d'effet de l'adhésion le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Je suis adhérent(e) à jour de cotisation CFE-CGC (dans le cas contraire je ne peux souscrire aux conditions préférentielles CFE-CGC).

J'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de la Mutuelle des Cadres Vauban, Opérations individuelles
Garanties frais de soins de santé, et ce préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion.

Fait à _____

le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature du membre participant (précédée de la mention "lu et approuvé")

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Sauf avis écrit contraire de votre part, adressé à notre Service Relation Clients (8, Bd Vauban - 59024 Lille Cedex), ces informations pourront être communiquées à des tiers. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès de ce service, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.