



Siège Social : 53 avenue de verdun - CS30259 - 59306 VALENCIENNES Cedex
 Tél : 03 27 28 98 98 - Fax : 03 27 45 10 65

Visa Obligatoire de l'Entreprise ou de l'Association : **UNION LOCALE FO**
 Cachet et Signature

DATE D'ADHESION A
 LA MUTUELLE :

DATE D'EMBAUCHE
 OU D'ADHESION (A L'ASSOCIATION) :

BULLETIN D'AFFILIATION SANTE

ADHESION

AVENANT

Si vous êtes adhérent Just en famille,
 précisez votre numéro d'adhérent actuel :

SOUSCRIPTEUR		CONJOINT		CADRE RESERVE A LA MUTUELLE	
N° DE S.S. :	CAISSE DE S.S. :	N° DE S.S. :	CAISSE DE S.S. :	CODE CONSEILLER	
NOM :	NOM DE JEUNE FILLE :	NOM :	NOM DE JEUNE FILLE :	N° GROUPE D'ASSURES	
PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :	GER621	
ADRESSE :	VILLE :	PROFESSION :		N° DE CONTRAT	
CODE POSTAL :				JEI2018009	
SITUATION DE FAMILLE (Barre les mentions inutiles) :				PRODUIT	
Marié(e) - Pacsé(e) - Union Libre - Célibataire - Divorcé(e) - Veuf(ve)				UNION LOCALE FO	
TEL PRIVE :	TEL PROF :			ECHANCE ANNUELLE DU CONTRAT :	
E-MAIL :				01/01	

BENEFICIAIRES DU CONTRAT

	NOM PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SECURITE SOCIALE
1er ENFANT			
2e ENFANT			
3e ENFANT			
4e ENFANT			

GARANTIE RETENUE

DATE D'EFFET SOUHAITEE

Fait à : _____ Le : _____
 Je soussigné(e) adhérent pour le contrat désigné ci-dessus à la Mutuelle Just en famille, le certifie exacts et complète les renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir reçu et avoir pris connaissance de la notice d'information indiquant mes droits et obligations ainsi que ceux de la Mutuelle Just en famille.
 Signature de l'Adhérent précédée de la mention manuscrite "Lu et Approuvé"

Conformément à l'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous informons que les renseignements fournis par vos soins dans le présent bulletin sont destinés à être utilisés pour gérer votre dossier administratif, appeler les cotisations, payer les prestations, et plus généralement informer les différents parties intervenant à cette occasion. Le droit d'accès à ces informations peut s'exercer dans les conditions figurant auprès de nos services.

PIECES A FOURNIR :

- PHOTO COPIE DE L'ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE A JOUR DE L'ENSEMBLE DES BENEFICIAIRES DU CONTRAT
- UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL
 Pour les enfants de plus de 18 ans, joindre un certificat de scolarité et / ou le dernier avis d'imposition
- MANDAT SEPA COMPLETE ET SIGNE
- PHOTOCOPIE CARTE FO DE L'ANNEE EN COURS

Mandat de Prélèvement SEPA Exemple Mutuelle

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la mutuelle JUST EN FAMILLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle JUST EN FAMILLE. Par ailleurs, j'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

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 : FR 73 ZZZ 005195

Créditeur :

Nom : MUTUELLE JUST

Adresse : 53 avenue de Verdun CS 30259
Code postal : 59 306 Ville : VALENCIENNES

Pays : FRANCE

Débiteur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

IBAN : Numéro d'identification International du compte bancaire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC : Code International d'identification de votre banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement : Récurrent / Répétitif Ponctuel

Date de Prélèvement : le 5 le 12 le 20

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle
 Semestrielle Annuelle

Signature(s) :

A :

Le :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veuillez compléter tous les champs du mandat. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que prévus aux articles 33 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Mandat de Prélèvement SEPA Exemple Adhérent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la mutuelle JUST EN FAMILLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle JUST EN FAMILLE. Par ailleurs, j'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

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 : FR 73 ZZZ 005195

Créditeur :

Nom : MUTUELLE JUST

Adresse : 53 avenue de Verdun CS 30259
Code postal : 59 306 Ville : VALENCIENNES

Pays : FRANCE

Débiteur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

IBAN : Numéro d'identification International du compte bancaire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC : Code International d'identification de votre banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement : Récurrent / Répétitif Ponctuel

Date de Prélèvement : le 5 le 12 le 20

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle
 Semestrielle Annuelle

Signature(s) :

A :

Le :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veuillez compléter tous les champs du mandat. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que prévus aux articles 33 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.