CONTRAT SANTÉ COLLECTIF

BULLETIN D'AFFILIATION

MBAC_0006_01_0114

☐ Affiliation
☐ Avenant
☐ Transfert

A compléter et à retourner à :
Mutuelle Myriade
Centre de gestion entreprises
5 allée de la Capère - CS 50129
40016 Mont-De-Marsan

RÉSERVÉ À MYRIADE
N° adhérent
Date d'effet

RÉSERVÉ À LA PERSONNE MORALE

N° de contrat .....
N° de groupe .....
Date d'embauche
Cat. professionnelle* : ☐ EP ☐ NC ☐ C ☐ Autre
Date d'adhésion souhaitée
Garantie .....
Durée de portabilité ANI .....

CACHET DE LA PERSONNE MORALE

ADHÉRENT (salarié ou membre de la personne morale indiquée ci-dessus)

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M* Nom ..... Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Né(e) le Situation de famille* : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse .....

CP Ville .....

E-mail ..... Tél.

Etes-vous déjà adhérent Myriade* : ☐ NON ☐ OUI → N° d'adhérent

Profession ..... N° Régime Obligatoire Centre .....

☐ CONJOINT ☐ CONCUBIN*

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M* Nom ..... Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Né(e) le Etes-vous déjà adhérent Myriade* : ☐ NON ☐ OUI → N° d'adhérent

Profession ..... N° Régime Obligatoire Centre .....

ENFANTS

	Nom	Prénom	Sexe*	Né(e) le	N° Régime Obligatoire	Centre
E1	.....	.....	F M			.....
E2	.....	.....	F M			.....
E3	.....	.....	F M			.....

SPÉCIAL TRAVAILLEURS NON SALARIÉS (TNS)

En qualité de travailleur indépendant rattaché au régime obligatoire des TNS et déclarant mes revenus dans le cadre d'un régime fiscal éligible à la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite Loi Madelin, j'adhère ce jour à l'Association Nationale Pour les Professions Indépendantes (ANPPI), association souscriptrice d'un contrat collectif défini par la loi précitée. Par cette adhésion, je bénéficie de la déduction des cotisations du présent contrat dans les conditions fixées par l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

Exercice fiscal : ... / ... / ...

Forme juridique : .....

CONTRAT FACULTATIFS (à compléter si l'adhérent doit régler directement tout ou partie de ses cotisations)

➔ Pièces à joindre au dossier : relevé d'identité bancaire et mandat SEPA
➔ Périodicité de prélèvement choisi* : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit :

☐ Le conjoint survivant non séparé de corps ou divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée ; est assimilé au conjoint, le concubin déclaré, ainsi que le partenaire d'un PACS ; à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ; à défaut les père et mère, par parts égales entre eux ; à défaut les héritiers par parts égales entre eux.

☐ Autre clause bénéficiaire *(précisez les nom, prénom et date de naissance)* :

.....

.....

.....

- Je reconnais avoir reçu les notices d'information afférentes aux garanties frais de santé souscrites auprès de la mutuelle et déclare en accepter les termes.
- Je prends note que les statuts de la mutuelle Myriade sont à ma disposition auprès du correspondant de mon entreprise ou de la personne morale dont je dépends.
- J'autorise la mutuelle Myriade à traiter mes décomptes de prestations par télétransmission avec mon régime obligtoire.
- Je m'engage à fournir toutes pièces complémentaires nécessaires à la gestion de mon affiliation sur simple demande de Myriade.

Date .....

Signature

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

☒ LA FICHE DE LIAISON
☒ Copie du contrat d'apprentissage ou de qualification, copie de la carte ANPE ou ASSEDIC, copie de la carte d'invalidité, certificat de scolarité pour tout enfant dont l'âge se situe entre 18 et 28 ans.
☒ Mandat SEPA
☒ Relevé d'identité bancaire
☒ Photocopie de l'attestation de droits au régime obligatoire pour chacun des adhérents.

Traitement des données personnelles. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée le 6 août 2004, les traitements des données réalisés à caractère personnel dans le cadre de nos actions de marketing direct (prospection ou fidélisation) ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), qui a délivré un récépissé sous le n° 161 46 44. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à contact@myriade.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Siège social : 353 bd du Président Wilson - CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 382 968 865. Myriade est une mutuelle de l'union EOVI.