Mutualia
Entre nous, c'est humain

Bulletin d'adhésion au contrat collectif facultatif d'assurance complémentaire santé
Adhérent à la Carte Moisson - LOIRE ATLANTIQUE

Date d'effet :.....

☐ ADHÉSION ☐ RATTACHEMENT D'UN BÉNÉFICIAIRE ☐ MODIFICATION - Objet :.....

L'ADHÉRENT ☐ MLLE ☐ MME ☐ M.

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : I__I__I__I__I__I VILLE : .....

TÉLÉPHONE : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I EMAIL : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... VILLE ET DÉPARTEMENT DE NAISSANCE : ..... I__I__I

N° D'ASSURE(E) SOCIAL(E) : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I N° D'ADHÉRENT FNSEA : I__I__I__I__I__I__I

SITUATION FAMILIALE : ☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ DIVORCÉ(E) ☐ VEUF(VE) ☐ CONCUBINAGE ☐ PACS

CHOIX DE LA GARANTIE

Cochez une case en fonction du choix de formule et de votre situation (actif ou retraité)

CATÉGORIE	NICKEL code contrat :	BRONZE code contrat : 8a	ARGENT code contrat : 8b	OR code contrat : 8c	DIAMANT code contrat : 8t
EXPLOITANT ACTIF		☐ 85A349645	☐ 85A349660	☐ 85A349728	☐ 85A525251
EXPLOITANT RETRAITÉ	☐ 85A349652	☐ 85A349652	☐ 85A349702	☐ 85A349736	☐ 85A525277

LES AYANTS-DROIT

NOM - PRENOM	LIEN AVEC L'ADHÉRENT	DATE DE NAISSANCE	RÉGIME DE SECURITÉ SOCIALE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E)
				I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
				I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
				I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
				I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
				I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
				I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

IMPORTANT : pièces à joindre obligatoirement :

copie de l'attestation papier de droits maladie - copie du livret de famille - RIB pour les remboursements et les prélèvements accompagné du Mandat de Prélèvement SEPA complété et signé.

Le souscripteur peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la mutuelle, de ses mandatés, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de MUTUALIA GRAND OUEST - 6 rue Anita Conti - CS 82320 - 56008 VANNES CEDEX (Loi 78.17 du 6 janvier 1978).

Cachet de la FNSEA 44 et signature :

Fait à : ..... Le : I__I__I I__I__I I__I__I

☐ Je soussigné(e), déclare demander l'adhésion de l'ensemble des personnes désignées ci-dessus à MUTUALIA GRAND OUEST et me conformer aux statuts et à la notice du contrat dont j'atteste avoir pris connaissance.
Comme prévu au contrat, ma cotisation sera prélevée sur mon compte bancaire chaque trimestre et je recevrai une facture annuelle.

Signature précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ »:

Fait à : ..... Le : I__I__I I__I__I I__I__I

A conserver par l'adhérent

BULLETIN À ENVOYER AVEC LES PIÈCES INDIQUÉES À :
FNSEA 44 - rue Pierre-Adolphe Bobierre - La Géraudière - 44939 NANTES CEDEX 9

MUTUALIA GRAND OUEST - 6 rue Anita Conti - CS 82320 - 56008 VANNES CEDEX
MUTUALIA GRAND OUEST, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°401.285.309