

Cachet de l'Association adhérente à :

FNAR

UFR

## Bulletin d'adhésion FNAR UFR

### MEMBRE PARTICIPANT & BENEFICAIRES

Je soussigné, M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

(Nom de jeune fille) \_\_\_\_\_

Demeurant (n° et rue) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Téléphone : / / / /  Mail : \_\_\_\_\_

Situation maritale :  Marié(e)  Pacsé(e)  En union libre  Célibataire  Veuf(-ve)  Divorcé(e)

Profession : \_\_\_\_\_

Né(e) le : / /  N° Sécurité sociale : /

Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission avec mon organisme d'Assurance Maladie

Demande mon adhésion pour moi et les bénéficiaires suivants :

Sexe	NOM	Prénom	Date de naissance	Télétransmission *
<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> F				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

\* En cochant la case télétransmission, vous autorisez France Mutuelle à recevoir directement les décomptes de l'organisme d'Assurance Maladie de vos ayants droit.

## GARANTIE ET SIGNATURE

- Je souhaite adhérer à la garantie à compter du 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_, contrat collectif facultatif souscrit auprès de France Mutuelle.
- Après avoir reçu et pris connaissance du contenu de la notice d'information spécifique au contrat souscrit, je déclare en acceptant les termes en signant le présent bulletin, notamment la garantie d'assistance.

Les statuts et règlements me seront adressés dès mon adhésion enregistrée.

Je souhaite bénéficier du service gratuit « Alerte SMS » et recevoir un SMS à chaque virement sur le numéro de portable suivant : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

J'atteste l'exactitude des informations dans ce bulletin d'adhésion.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

### GARANTIE CHOISIE

(1 seul choix possible)

- Bien-être    Confort  
 Sérénité

Mon âge à l'adhésion

- Moins de 65 ans  
 65 à 69 ans  
 70 à 85 ans  
 85 ans et plus

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## PIECES A FOURNIR

Joignez obligatoirement :

- Une **photocopie de l'attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie** (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois).
- Le **mandat SEPA** ci-joint accompagné d'un **Relevé d'Identité Bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne du souscripteur**.
- Un **certificat de scolarité** ou la **photocopie de la carte étudiante** si l'enfant suit des études (à partir de 16 ans jusqu'à 28 ans révolus).

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, les informations collectées sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à l'adresse suivante : France Mutuelle - Centre de Gestion - 10, rue du 4 Septembre CS 11601 75089 Paris cedex 02

## Attestation d’Affiliation à l’Association

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
Pour le compte de \_\_\_\_\_  
Adresse complète \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Bureau distributeur \_\_\_\_\_

Atteste par la présente que :

M.  Mme  \_\_\_\_\_  
est affilié(e) à notre association .

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature précédée  
de la mention  
« Lu et Approuvé ».

Cette attestation est délivrée sans aucun engagement de notre part, pour permettre à l'intéressé(e) de bénéficier à titre personnel, d'une couverture "Mutuelle" au tarif préférentiel de groupe, auprès de France Mutuelle.

