

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

En cas d'adhésion en couple, si un des adultes est TNS, il est **obligatoirement** l'adhérent.

Adhèrent(e) M. Mme Mlle

Nom :
 Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Né(e) le :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél. domicile :
 Tél. portable :

Adresse email (4) :
 Situation de famille :
 Nombre d'enfants à charge :
 N° de Sécurité sociale de l'adhérent : (obligatoire)
 Profession exacte de l'adhérent :
 N° de Sécurité sociale du conjoint assuré : (obligatoire)
 Profession exacte du conjoint assuré :

Les garanties souscrites (1) : 1500 2000 3000 3500 Senior+ 1500 Senior 3000 Music Protect
 Déductibilité Loi Madelin (1)(5) oui non **1 seul niveau doit être souscrit pour une même famille.**

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (3)				N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants		Cotisations TTC
					Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle			
Adhèrent(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	Mère	Ma cotisation mensuelle totale TTC telle qu'elle est indiquée sur le devis que m'a remis mon Assureur Conseil. <small>(2) Je suis informé(e) qu'en adhérant à la garantie AudiMut, je deviens adhérent de l'association ADRISA souscriptrice d'un contrat groupe auprès de Mutuelle Bleue. À ce titre, je joins à ma demande d'adhésion un chèque de 15,00 euros établi à l'ordre de ADRISA correspondant au montant du droit d'adhésion unique à l'association.</small>
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Je choisis ma périodicité de paiement (1)

Périodicité	Prélèvement automatique
Annuelle	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>
Mensuelle	<input type="checkbox"/>

(1) Mettre une croix pour l'option choisie
 (2) Cotisation obligatoire d'adhésion à l'ADRISA
 (3) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré
 (4) En communiquant votre email, vous pourrez pleinement bénéficier des services en ligne de aggema, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Vous pourrez mettre fin à ce mode de communication en écrivant à aggema.

Date d'effet souhaitée 0 1 2 0 1 1

Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion

(5) Je suis informé(e) qu'en adhérant à Mutuelle Bleue en qualité de travailleur indépendant, je deviens membre de droit de l'association Eclantis souscriptrice du contrat groupe défini par la Loi n°94-126 du 11 février 1994, dite Loi Madelin. Je déclare sur l'honneur exercer normalement mon activité professionnelle et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des Régimes Obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse (art. L.652-4 du Code de la Sécurité sociale). Je joins obligatoirement une copie de mon attestation Vitale afin de bénéficier de la déduction fiscale prévue par la Loi Madelin, sous réserve de souscrire un contrat respectant les critères de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (« contrats responsables »).

Je joins à mon envoi

1. Ma demande d'adhésion, remplie, datée et signée
2. Mon autorisation de prélèvement automatique, remplie, datée et signée
3. Mon relevé d'identité bancaire ou postal, RIB ou RIP
4. La photocopie de mon attestation de droit d'assuré social
5. Mon chèque de 15,00 euros établi à l'ordre de l'ADRISA



aggema, SARL de gestion et courtage d'assurances au capital de 8000 Euros, régie par le Code des Assurances - RCS Nanterre 449 276 021 - ORIAS n° 07 004 710 - Garantie financière et assurance responsabilité professionnelle conformes aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des Assurances.
 aggema, ZA - 10 rue Louis Fournier, 77334 MEAUX cedex
 Tél : 01 41 90 13 50 Fax : 01 64 34 22 04 - gestionsante@aggema.fr

J'ai pris bonne note que le reflet de nos décomptes Sécurité sociale transitera entre les caisses de Régime Obligatoire et aggema par télétransmission selon la procédure "NOEMIE". J'ai la faculté de refuser cette procédure en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Je certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation. Je certifie avoir reçu préalablement à mon adhésion un exemplaire des statuts et de la notice d'information de Mutuelle Bleue et d'en avoir pris connaissance.
 Conformément à la Loi "Informatique et Libertés" n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :
 aggema, ZA - 10 rue Louis Fournier, 77334 MEAUX cedex

Renvoyez votre dossier à votre assureur conseil
 Phénix Santé
 2 chemin des Amandiers
 Romette
 05000 GAP
 0825 747 639
www.mutuelle-audition.com
 orias n° 09051810

La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"
 Fait à
 le

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

A compléter obligatoirement Le débiteur

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Code Postal : Ville :
 Date : Signature :

Le créancier : aggema numéro national d'émetteur 483 871
 aggema, ZA - 10 rue Louis Fournier, 77334 MEAUX cedex

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom :			
Adresse :			
.....			
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville :			

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).