Régime Frais de Santé ENTREPRISES EDT ET TRAVAUX FORESTIERS

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL

DATE D'EFFET : 0 1 / / 2 0 / /

MUTUALITÉ FRANÇAISE PRÉVOYANCE

Coordonnées de votre mutuelle gestionnaire

mutuelle OCIANE
Santé • Prévoyance • Solidarité
8 Terrasse du Front du Médoc
33054 Bordeaux Cedex
Tél : 0 820 220 320*+ ou 05 56 01 57 57
*0,09€ TTC/MN ou selon conditions de votre opérateur

ENTREPRISE

ETABLISSEMENT : .....
ADRESSE : .....
.....
.....
NUMERO SIRET : | | | | | | | | | | | | | |
DATE D'ENTREE : | | / | | / | | | | |

REGIME FRAIS DE SANTE

GARANTIES

REGIME ACCORD NATIONAL :
REGIME CONVENTIONNEL ☐ REGIME 1 ☐ REGIME 2 ☐

REGIME OCIANE REGIONAL :
REGIME 1 ☐ REGIME 2 ☐ REGIME 3 ☐

COTISATIONS

OPTION 1 ☐ (Adhésion du salarié seul)
OPTION 2 ☐ (Adhésion du conjoint et du (des) enfant(s))
OPTION 3 ☐ (Adhésion d'un couple ou d'une famille)
OPTION 4 ☐ (Cotisation unique : quel que soit le nombre de personnes adhérant)

	NOM (en lettre capitales)	PRENOM	(1)	(2)	NE(E) LE	(3)	NUMERO SECURITE SOCIALE		Centre S. S.
SALARIE			☐	☐	/ /	☐		☐	
CONJOINT			☐	☐	/ /	☐		☐	
1° ENFANT			☐	☐	/ /	☐		☐	
2° ENFANT			☐	☐	/ /	☐		☐	
3° ENFANT			☐	☐	/ /	☐		☐	
4° ENFANT			☐	☐	/ /	☐		☐	
5° ENFANT			☐	☐	/ /	☐		☐	

Pour toute famille supérieure à cinq enfants, veuillez joindre un bulletin complémentaire

TELETRANSMISSION NOEMIE

☐ Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission de la Sécurité sociale

IMPORTANT : Pièces à joindre au bulletin

> UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (RIB) OU POSTALE (RIP) OU DE CAISSE D'EPARGNE (RICE) AFIN DE PERMETTRE LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS SUR VOTRE COMPTE.
> VOTRE COPIE D'ATTESTATION VITALE (AINSI QUE CELLE DE VOTRE CONJOINT OU D'UN ENFANT LE CAS ECHEANT).
> LES PIECES JUSTIFICATIVES POUR TOUT ENFANT DE PLUS DE 18 ANS

COORDONNEES PERSONNELLES DE L'ADHERENT (en lettres capitales)

ADRESSE : .....
.....
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....
TELEPHONE DOMICILE : | | | | | | | | | | MOBILE : | | | | | | | | | |
E-MAIL : .....

CODES

(1) SEXE
1 = MASCULIN
2 = FEMININ

(2) STATUT
A = CONJOINT A CHARGE DE L'ADHERENT
B = CONJOINT ASSURE SOCIAL
C = ETUDIANT OU APPRENTI
D = PERSONNE A CHARGE DU CONJOINT

(3) REGIME OBLIGATOIRE
1 = REGIME SECURITE SOCIALE
2 = REGIME ALSACE MOSELLE
3 = REGIME MSA

JE, SOUSSIGNE(E), DEMANDE POUR MOI-MEME ET POUR LES PERSONNES CI-DESSUS DESIGNEES, L'ADHESION A LA MUTUELLE COMPLEMENTAIRE SUITE A LA MISE EN OEUVRE DU REGIME FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE PAR MA CONVENTION COLLECTIVE DU BOIS ET TRAVAUX FORESTIERS. JE M'ENGAGE A ME CONFORMER AUX DISPOSITIONS STATUTAIRES ET REGLEMENTAIRES DE LA MUTUELLE. J'AUTORISE LA MUTUELLE A FAIRE EVENTUELLEMENT TOUTES OPERATIONS POUR MON COMPTE AUPRES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DE L'UNION MUTUALISTE DE MON DEPARTEMENT. J'AUTORISE LA MUTUELLE A TRANSMETTRE A DES ORGANISMES MUTUALISTES OU TIERS (CPAM, ...), TOUTE INFORMATION ME CONCERNANT, NECESSAIRE A LA MISE EN OEUVRE DE MA COUVERTURE SANTE. DANS LE CAS CONTRAIRE, J'INFORMERAI PAR ECRIT LA MUTUELLE DE MON REFUS. JE RECONNAIS DISPOSER AUPRES DE MA MUTUELLE GESTIONNAIRE, EN VERTU DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE DU 6/01/1978, D'UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION, POUR TOUTE INFORMATION ME CONCERNANT.

FAIT A : .....

LE : .....

SIGNATURE DU SALARIE :

Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.). Union soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, enregitrée au Registre Nationale des Mutuelles sous le N° 442 574 166, agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22, assureur du risque Frais de Santé - Siège social : 255 rue de Vaugirard - 75015 PARIS, agissant en co-assurance avec les Mutuelles UNPMF désignées dans l'accord du 10 juin 2008.