

Bulletin d'Adhésion



SURCOMPLÉMENTAIRE ANI

Exclusivement réservé aux salariés bénéficiaires d'une complémentaire santé collective obligatoire.

COMPLÉTER CE BULLETIN D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion Modification N° de membre participant

Cachet et code du partenaire

Nom de l'apporteur
 CODE PARTENAIRE
 Téléphone
 Conseiller

MEMBRE PARTICIPANT

M Mme Mlle Nom Prénom(s)
 Nom de naissance Date de naissance Régime de base⁽¹⁾
 Adresse
 Code postal Ville Téléphone Portable
 Email Situation de famille : Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

demande à adhérer à la mutuelle Miltis pour la garantie ci-après.

Les adhésions prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Gestionnaire CERGAP du présent Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la Mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

BÉNÉFICIAIRE(S) GARANTI(S) PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

| | CONJOINT | 1 ^{er} ENFANT ⁽²⁾ | 2 ^e ENFANT ⁽²⁾ | 3 ^e ENFANT ⁽²⁾ |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Nom | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom(s) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Régime de base ⁽¹⁾ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| N° d'assuré social | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Membre participant Conjoint Membre participant Conjoint Membre participant Conjoint

⁽¹⁾ Régime général de la Sécurité sociale, régime des TNS, régime des exploitants agricoles, régime des salariés agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires.

⁽²⁾ Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base du membre participant ou de son conjoint. En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS DE DROIT À L'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

GARANTIE

SURCOMPLÉMENTAIRE ANI

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Niveau 1 Niveau 2

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

MONTANT DE LA COTISATION

Tarif en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours au moment de la signature du bulletin d'adhésion

Cotisation mensuelle globale

Droit d'adhésion à la mutuelle*

Montant de la 1^{ère} échéance.....

PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Par prélèvement bancaire, sans frais supplémentaire

Mois Trimestre Semestre Année

Les cotisations sont payables d'avance.

*Le droit d'adhésion est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si le membre participant est déjà membre de la mutuelle.

