

### CADRE RESERVE A LA MUTUELLE

N° de contrat : .....V69C00000002701.....  
 Agence : AUDITIUM  
 Code produit : APPEE  
 Offre : .....

- BULLETIN D'ADHESION**
- AVENANT MODIFICATIF**
  - Ajout d'un ayant(s) droit
  - Résiliation d'ayant(s) droit
  - Changement de garantie.....

## COORDONNEES

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....  
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....  
 SITUATION FAMILIALE : Célibataire - Marié(e) – Concubin - Pascsé(e) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Veuf(ve) (rayer les mentions inutiles)  
 ADRESSE : ..... CODE POSTAL : ..... VILLE .....  
 N° DE TELEPHONE : ..... TELEPHONE PORTABLE : ..... E-MAIL (1) : .....  
 (1) L'adresse e-mail vous permet d'accéder à vos décomptes de prestations en ligne. Pour les recevoir par voie postale, cochez cette case

## AYANTS DROIT

CIVILITÉ, NOM ET PRÉNOM	QUALITE	DATE DE NAISSANCE	N° DE RÉGIME OBLIGATOIRE ORGANISME D'AFFILIATION
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

En complément de la garantie souscrite par votre employeur, vous pouvez choisir de la renforcer.

Formule (à cocher) :  APPEE A1  APPEE N1  APPEE N2

Montant de la cotisation mensuelle 20.....: ..... €

DATE D'EFFET : ..... / ..... / .....

(5) si prévu dans le cadre du contrat collectif d'entreprise.

\*Règlement effectué à l'adhésion : .....€ par : .....  
 \*Mode de règlement :  Chèque  Prélèvement automatique  
 \*Périodicité de règlement :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  
 Annuelle  
 \*Si prélèvement automatique, date de prélèvement :  le 5  le 12

### PIECES JUSTIFICATIVES :

- RIB/RICE cotisation
- RIB/RICE prestation (si différent du compte dédié au prélèvement/remboursement des cotisations)
- Mandat SEPA complété et signé (si prélèvement)
- Photocopie des attestations des droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés

Zone réservée à la mutuelle

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

### TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE À DÉBITER (Veuillez compléter les champs marqués \* en MAJUSCULES)

Nom / Prénoms\* : .....

Numéro et nom de la rue\* : .....

Code postal\* :  Ville\* : ..... Pays\* : .....

### COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

### COORDONNÉES DU CRÉANCIER

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire  
IBAN (International Bank Account Number)

BIC  Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

**AÉSIO mutuelle**  
**4 rue du Général Foy - 75008 PARIS**  
Identifiant créancier SEPA (ICS) : **FR29ZZZ004338**

### COCHEZ LES CASES POUR DÉFINIR VOS CHOIX

Date de prélèvement souhaitée :	Périodicité souhaitée :	Vos nouvelles coordonnées bancaires concernent :
<input type="checkbox"/> 5 du mois <input type="checkbox"/> 15 du mois	<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Le prélèvement de vos cotisations <input type="checkbox"/> Le prélèvement de vos cotisations et le virement de vos prestations

### N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

Fait à : .....

Le : .....

Vous acceptez que les prélèvements sur votre compte soient effectués aux dates et pour les montants indiqués sur l'échéancier de votre appel de cotisation.

Signature (obligatoire)

### INFORMATIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Nom / Prénoms du souscripteur du contrat : .....

Date de naissance :  N° de contrat ou n° d'adhérent : .....

Les informations recueillies par AÉSIO mutuelle dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'exécution du contrat. AÉSIO mutuelle est l'unique destinataire des données et responsable du traitement de ces dernières, dont la finalité est le prélèvement des cotisations. Ces données seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

Conformément à la réglementation en vigueur vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.aesio.fr/charte-de-protection-des-donnees/>

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

• soit en envoyant un mail à : [aesio.dpo@aesio.fr](mailto:aesio.dpo@aesio.fr)

• soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.