

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	QUALITÉ	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

À COMPLÉTER SANS RATURE ET À RETOURNER À VOTRE MUTUELLE

INFORMATIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Nom / Prénoms du souscripteur du contrat :

Date de naissance : [] N° de contrat si vous êtes déjà adhérent :

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

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)

COORDONNÉES
DU CRÉANCIER**AÉSIO mutuelle**
173 rue de Bercy 75012 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 checked="" type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Le prélèvement de vos cotisations et le virement de vos prestations <input type="checkbox"/> Le prélèvement de vos cotisations

En cas de rejet de prélèvement au motif «provision insuffisante», le prélèvement est susceptible d'être représenté ultérieurement.

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 du titulaire du compte (obligatoire)

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.

Zone réservée
à la mutuelle

Référence unique du mandat (RUM) : []

Vos données personnelles font l'objet de traitements par AÉSIO mutuelle, responsable de traitements, pour l'exécution de votre contrat afin de prélever vos cotisations.

Vos données sont destinées aux services internes habilités de la Mutuelle, aux tiers autorisés par la Mutuelle, ainsi qu'aux autorités administratives dans le cadre de leur contrôle de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude fiscale et sociale et/ou pour répondre à toutes autres obligations légales du secteur de l'assurance. Elles seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

Vous disposez 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, vous pouvez consulter la charte de protection des données à caractère personnel : aesio.fr/charte-de-protection-des-donnees-caractere-personnel.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données (DPO) :

- soit par voie électronique sur notre formulaire DPO ou aesio.dpo@aesio.fr pour les documents papiers.
- soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la protection des données, 173 rue de Bercy 75012 Paris.

Après avoir contacté AÉSIO mutuelle, si vous estimatez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL.