

# BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT SANTÉ DE GROUPE à adhésion obligatoire

Date d'adhésion :

□□□□ / □□□□ / □□□□

Date d'entrée dans l'entreprise :

□□□□ / □□□□ / □□□□

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE :

.....  
.....  
.....

N° DE CONTRAT : CT .....

**ADHÉRENT** (MEMBRE PARTICIPANT)

M.

Mme

Mlle

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

ADRESSE : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. dom. : ..... Tél. prof. : ..... Fax : .....

Cadre  Non Cadre  Etam  Travailleurs indépendants  Autre

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Divorcé(e)  PACS

N° Sécurité sociale : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Régime obligatoire :  Régime Général (Sécu. sociale)  Agricole  Travailleurs indépendants  Autre.....

Si vous êtes adhérent à OCIANE, indiquez votre numéro d'adhérent : .....

## MEMBRES DE LA FAMILLE À GARANTIR (conjoint, enfants à charge au sens de la Sécurité sociale, enfants étudiants jusqu'à 28 ans)

	NOM - Prénom	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale	Centre	Rég. Oblig.
CONJOINT						
ENFANT						
ENFANT						
ENFANT						
ENFANT						

**Je joins un RIB pour que les prestations soient directement versées sur mon compte par virement.**  
(En l'absence de RIB, les remboursements seront effectués par lettre-chèque).

Après avoir été informé(e) avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise des statuts, des conditions générales et particulières du contrat, et du contenu de la garantie souscrite, je déclare en accepter les termes. Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle.

Fait à : ..... le : ..... Signature

**PIÈCES À JOINDRE** : RIB, RIP ou RICE, photocopie de l'attestation papier de la carte Vitale de **toutes** les personnes à garantir, ou photocopie du dernier avis de remboursement. Pour les enfants de plus de 18 ans, joindre selon le cas : certificat de scolarité, photocopie du contrat d'apprentissage ou de l'attestation ASSEDIC pour les demandeurs d'un premier emploi et pour les enfants percevant un salaire partiel.

# BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT SANTÉ DE GROUPE à adhésion obligatoire

Date d'adhésion :  
 /  /

Date d'entrée dans l'entreprise :  
 /  /

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE :

.....  
 .....  
 .....  
 N° DE CONTRAT : CT .....

**ADHÉRENT** (MEMBRE PARTICIPANT)  M.  Mme  Mlle NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

ADRESSE : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. dom. : ..... Tél. prof. : ..... Fax : .....

Cadre  Non Cadre  Etam  Travailleurs indépendants  Autre

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Divorcé(e)  PACS

N° Sécurité sociale :

Régime obligatoire :  Régime Général (Sécu. sociale)  Agricole  Travailleurs indépendants  Autre.....

Si vous êtes adhérent à OCIANE, indiquez votre numéro d'adhérent : .....

## MEMBRES DE LA FAMILLE À GARANTIR (conjoint, enfants à charge au sens de la Sécurité sociale, enfants étudiants jusqu'à 28 ans)

	NOM - Prénom	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité sociale	Centre	Rég. Oblig.
CONJOINT						
ENFANT						
ENFANT						
ENFANT						
ENFANT						

**Je joins un RIB pour que les prestations soient directement versées sur mon compte par virement.**  
(En l'absence de RIB, les remboursements seront effectués par lettre-chèque).

Après avoir été informé(e) avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise des statuts, des conditions générales et particulières du contrat, et du contenu de la garantie souscrite, je déclare en accepter les termes. Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle.

Fait à : ..... le : ..... Signature

**PIÈCES À JOINDRE** : RIB, RIP ou RICE, photocopie de l'attestation papier de la carte Vitale de toutes les personnes à garantir, ou photocopie du dernier avis de remboursement. Pour les enfants de plus de 18 ans, joindre selon le cas : certificat de scolarité, photocopie du contrat d'apprentissage ou de l'attestation ASSEDIC pour les demandeurs d'un premier emploi et pour les enfants percevant un salaire partiel.