

<input type="checkbox"/> ADHÉSION : Date d'adhésion	
<input type="checkbox"/> MODIFICATION : N° d'adhésion	
Date d'effet	

Nom de la société
N° de section N° de contrat
Nouvel embauché OUI NON

VOUS

M. MME NOM
PRÉNOM
NOM DE JEUNE FILLE
ADRESSE
COMPLÉMENT D'ADRESSE (BAT., ÉTAGE...)
CP VILLE
PORTABLE EMAIL*

N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ
DATE DE NAISSANCE
TÉL.

JE SOUHAITE RECEVOIR MES DÉCOMPTES DE PRESTATIONS PAR EMAIL

SITUATION DE FAMILLE CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) CONCUBIN(E) PACSÉ(E) DIVORcé(E) VEUF(VE)
SITUATION PROFESSIONNELLE OUVRIER NON CADRE E.T.A.M. CADRE CADRE DIRIGEANT AUTRE

VOS AYANTS DROIT

M. MME NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE
EMAIL*

NOM DE JEUNE FILLE
N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ
PORTABLE
AUTRE MUTUELLE⁽¹⁾ OUI NON

BÉNÉFICIAIRE	SEXÉ	NOM	PRÉNOM	N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ	NÉ(E) LE	AUTRE MUTUELLE ⁽¹⁾
1 ^{er} enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 ^{ème} enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 ^{ème} enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 ^{ème} enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5 ^{ème} enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autre bénéficiaire ⁽²⁾	M F					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Si oui, la télétransmission ne pourra être mise en place par SMI. Dans ce cas, nous vous remercions de nous faire parvenir le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte de la Sécurité sociale. (2) Bénéficiaire autre que conjoint ou enfant, couvert par la Sécurité sociale de l'adhérent.

VOTRE OPTION

Indiquer l'option éventuellement choisie en complément de votre régime de base (si prévu par le contrat). Votre choix s'appliquera à l'ensemble de vos ayants droit.

TÉLÉTRANSMISSION

Image informatique de votre décompte de remboursement transmise directement à SMI par votre centre de Sécurité sociale (vous n'avez plus à nous adresser vos décomptes). Par défaut, vous bénéficierez de la Télétransmission.

Toutefois, si vous ne désirez pas bénéficier de ce service, veuillez nous en informer par courrier. Dans ce cas, nous vous remercions de nous faire parvenir les décomptes originaux et factures.

PIÈCES À JOINDRE

- Un RIB
- Une copie d'attestation «Vitale» du régime maladie obligatoire en cours de validité pour chaque personne inscrite possédant sa propre immatriculation
- Un mandat de prélèvement si vous souscrivez une option

SALARIÉ

Les informations et données personnelles que vous communiquez font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux organismes assureurs MMA IARD, MMA IARD Assurances Mutuelles et aux organismes dont l'intervention est nécessaire pour l'enregistrement et la gestion de son adhésion, à leurs intermédiaires d'assurance ou sous délégataires en charge de son suivi, et le cas échéant aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur, notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. En application de la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant. Ce droit s'exerce par courrier postal auprès de Service Réclamations Clients MMA - Informatiques et Libertés - 14 boulevard Marie et Alexandre OYON - 72030 LE MANS Cedex 09, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je m'engage à signaler toute modification, notamment tout changement dans ma situation de famille si celui-ci modifie les termes du contrat. Je m'engage également à restituer les attestations de prise en charge (tiers payant) qui m'auront été transmises, en cas de cessation de l'assurance.

Par la présente signature, je reconnaissais avoir été informé(e) par mon employeur des conditions de mise en place du régime complémentaire de frais de santé, et avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information et des statuts des assureurs.

FAIT À

LE []

Signature précédée de la mention «J'ai lu et approuvé»

Je n'accepte pas de recevoir des offres commerciales.

EMPLOYEUR

Signature et cachet de l'Employeur

Après signature, à retourner au gestionnaire SMI :
Pôle Adhésions - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 PARIS Cedex 08

Assureurs :
MMA IARD Assurances Mutuelles - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126
MMA IARD - Société anonyme, au capital de 537.052.368 euros - RCS Le Mans 440 048 882

Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9
Entreprises régie par le code des assurances
Gestionnaire : SMI - Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN 784 669 954 - Agrée par les branches 1, 2, 20 et 21 - Siège social : 2, rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08

Après signature, à retourner à la direction de votre entreprise