



# Bulletin d'adhésion SurComplémentaires !



## 1/ Vos données PERSONNELLES

Civilité  M<sup>me</sup>  M.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

Mobile :

Profession :

Email :

Situation Familiale :  Célibataire  Marié(e), Pacsé(e) ou Concubin(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

✘ Le choix de la surcomplémentaire est identique pour les tous les ayants droit inscrits ci-dessous

## 2/ Vos données AYANTS DROIT

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité Sociale	Sexe (F ou M)
Conjoint (ou concubin ou partenaire au pacs)				
Enfants ou autres personnes à charge				

## 3/ Votre choix de SURCOMPLÉMENTAIRE

SurEssentiel

SurConfort

## 4/ Date D'ADHÉSION

Date d'adhésion :  (ne peut être antérieur au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du dossier complet)

Je demande à ce que mon adhésion prenne effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la signature du présent bulletin d'adhésion

Je reconnais être déjà adhérent à une complémentaire santé (dont le contrat est responsable) et avoir reçu et pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste ainsi que du devis.

Je déclare sincère et véritable l'ensemble des renseignements indiqués,

A :

Date :

Signature :

(précédé de la mention  
" lu et approuvé ")





## 5/ Pièces À FOURNIR

- ✓ Ce bulletin d'adhésion dûment complété et signé
- ✓ Une photocopie de l'attestation vitale (pour vous et chacun de vos ayants droit inscrits et datée de moins de six mois)
- ✓ Un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations.
- ✓ Une photocopie de la carte d'adhésion à la complémentaire santé principale en vigueur, pour chaque bénéficiaire.
- ✓ Le règlement des cotisations par prélèvement bancaire : complétez et signez le mandat SEPA (joindre RIB ou IBAN)

La loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par loi du 6 août 2004

En conformité avec la Loi n° 78-17, le traitement automatisé des données personnelles autorise le membre participant à bénéficier d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des informations le concernant. Il peut exercer ce droit et obtenir la communication des informations le concernant en écrivant à Mutuelle MMEI - 122 rue de Javel 75015 Paris.

## 6/ Modalités de REMBOURSEMENT

Par virement automatique (traitement quotidien), sur le compte bancaire indiqué.

## 7/ Cooonnées de votre MUTUELLE MMEI

Pour contacter directement la mutuelle MMEI dans le cadre d'une adhésion :

**Agence MMEI Angers**  
355 avenue du Général Patton  
49066 ANGERS Cedex 01  
**Tél : 02.41.48.61.88**  
mmei.angers@mmei.fr

**OU**

**Agence MMEI Belfort**  
4, rue Aristide Briand  
90300 CRAVANCHE  
**Tél : 03.84.22.14.39**  
mmei.belfort@mmei.fr

**Conservez une copie de ce document avant de nous le retourner.** Vous recevrez prochainement une attestation d'adhésion à la Surcomplémentaire MMEI.