

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DES SALARIÉS DE LA PRODUCTION AGRICOLE



Entre nous, c'est humain

AFFILIATION OU RADIATION SALARIÉ / AJOUT OU SORTIE DE BÉNÉFICIAIRE
 CHANGEMENT DE GARANTIE OPTIONNELLE
DATE D'EFFET : ____ / ____ / _____

RÉSERVÉ À MUTUALIA

CONTRAT DE BASE :

N° TIERS / N°CONTRAT :

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____ CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : CADRES NON CADRES ENSEMBLE DU PERSONNEL

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

DANS LE CAS DE LA RADIATION DU SALARIÉ / SORTIE BÉNÉFICIAIRE

DATE D'ENTRÉE : ____ / ____ / _____ DATE D'ENTRÉE DANS LA OU LES CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : ____ / ____ / _____

DATE DE SORTIE : ____ / ____ / _____ CAUSE* : _____ CONTRAT DE TRAVAIL SUSPENDU ET INDEMNISÉ PAR L'EMPLOYEUR : OUI NON

* DEM : DÉMISSION - LIC : LICENCIEMENT - FIN : FIN DE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE - RPC : RUPTURE CONVENTIONNELLE - FPE : FIN DE PÉRIODE D'ESSAI - DC : DÉCÈS DU SALARIÉ - CHC : CHANGEMENT DE CATÉGORIE - MUT : MUTATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE L'ENTREPRISE - RET : RETRAITE - PRE : PRÉRETRAITE

SALARIÉ(E)

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE / MARIÉ(E) / PACSÉ(E) / VIE MARITALE / VEUF(VE)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : _____ PORTABLE : _____

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (POUR LES ENFANTS, PRÉCISEZ LE NUMÉRO SÉC. SOCIALE DE RATTACHEMENT)	RÉGIME D'AFFILIATION SÉC. SOCIALE, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Salarié(e)			____ / ____ / _____	_____	
Conjoint(e) / assimilé(e)			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 1			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 2			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 3			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 4			____ / ____ / _____	_____	

ADHÉSION - GARANTIE SOCLE ET OPTION

GARANTIE SOCLE ET OPTION	ASSURÉ(S)	NOMBRE	TARIF EN EUROS
<input type="checkbox"/> SOCLE	ADULTE	_____	_____, ____ EUROS
<input type="checkbox"/> OPTION FACULTATIVE	ENFANT	_____	_____, ____ EUROS
	TOTAL	_____	TTC : _____, ____ EUROS

Les garanties optionnelles seront réglées directement par les salariés, par prélèvement bancaire mensuel.

Chaque ayant-droit doit bénéficier des mêmes garanties que le salarié (gratuité à partir du 3ème enfant). Toute adhésion optionnelle du salarié entraîne celle de ces ayants-droit.

PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois
- 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)
- Le cas échéant, 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé

SIGNATURE SALARIÉ(E)

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ»

Fait à :

Le : ____ / ____ / _____

SIGNATURE EMPLOYEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à :

Le : ____ / ____ / _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, j'accepte les échanges d'informations par télétransmission et je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat et des statuts de la mutuelle.

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Territoires Solidaires - Siège social : 75 av. Gabriel Péri 38400 St Martin d'Hères. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offres de notre part ou de nos partenaires, merci de cocher la case ci-contre : / Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 449 571 256 215-BIA-GARANTIE APA

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DES SALARIÉS DE LA PRODUCTION AGRICOLE



Entre nous, c'est humain

AFFILIATION OU RADIATION SALARIÉ / AJOUT OU SORTIE DE BÉNÉFICIAIRE
 CHANGEMENT DE GARANTIE OPTIONNELLE
DATE D'EFFET : ____ / ____ / _____

RÉSERVÉ À MUTUALIA

CONTRAT DE BASE :

N° TIERS / N°CONTRAT :

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____ CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : CADRES NON CADRES ENSEMBLE DU PERSONNEL

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

DANS LE CAS DE LA RADIATION DU SALARIÉ / SORTIE BÉNÉFICIAIRE

DATE D'ENTRÉE : ____ / ____ / _____ DATE D'ENTRÉE DANS LA OU LES CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : ____ / ____ / _____

DATE DE SORTIE : ____ / ____ / _____ CAUSE* : _____ CONTRAT DE TRAVAIL SUSPENDU ET INDEMNISÉ PAR L'EMPLOYEUR : OUI NON

* DEM : DÉMISSION - LIC : LICENCIEMENT - FIN : FIN DE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE - RPC : RUPTURE CONVENTIONNELLE - FPE : FIN DE PÉRIODE D'ESSAI - DC : DÉCÈS DU SALARIÉ - CHC : CHANGEMENT DE CATÉGORIE - MUT : MUTATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE L'ENTREPRISE - RET : RETRAITE - PRE : PRÉRETRAITE

SALARIÉ(E)

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE / MARIÉ(E) / PACSÉ(E) / VIE MARITALE / VEUF(VE)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : _____ PORTABLE : _____

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (POUR LES ENFANTS, PRÉCISEZ LE NUMÉRO SÉC. SOCIALE DE RATTACHEMENT)	RÉGIME D'AFFILIATION SÉC. SOCIALE, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Salarié(e)			____ / ____ / _____	_____	
Conjoint(e) / assimilé(e)			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 1			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 2			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 3			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 4			____ / ____ / _____	_____	

ADHÉSION - GARANTIE SOCLE ET OPTION

GARANTIE SOCLE ET OPTION	ASSURÉ(S)	NOMBRE	TARIF EN EUROS
<input type="checkbox"/> SOCLE	ADULTE	_____	_____, ____ EUROS
<input type="checkbox"/> OPTION FACULTATIVE	ENFANT	_____	_____, ____ EUROS
	TOTAL	_____	TTC : _____, ____ EUROS

Les garanties optionnelles seront réglées directement par les salariés, par prélèvement bancaire mensuel.

Chaque ayant-droit doit bénéficier des mêmes garanties que le salarié (gratuité à partir du 3ème enfant). Toute adhésion optionnelle du salarié entraîne celle de ces ayants-droit.

PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois
- 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)
- Le cas échéant, 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé

SIGNATURE SALARIÉ(E)

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ»

Fait à :

Le : ____ / ____ / _____

SIGNATURE EMPLOYEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à :

Le : ____ / ____ / _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, j'accepte les échanges d'informations par télétransmission et je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat et des statuts de la mutuelle.

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Territoires Solidaires - Siège social : 75 av. Gabriel Péri 38400 St Martin d'Hères. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offres de notre part ou de nos partenaires, merci de cocher la case ci-contre : / Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 449 571 256. 1215-BIA-GARANTIE APA.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DES SALARIÉS DE LA PRODUCTION AGRICOLE



Entre nous, c'est humain

AFFILIATION OU RADIATION SALARIÉ / AJOUT OU SORTIE DE BÉNÉFICIAIRE
 CHANGEMENT DE GARANTIE OPTIONNELLE
DATE D'EFFET : ____ / ____ / _____

RÉSERVÉ À MUTUALIA

CONTRAT DE BASE :

N° TIERS / N°CONTRAT :

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____ CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : CADRES NON CADRES ENSEMBLE DU PERSONNEL

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

DANS LE CAS DE LA RADIATION DU SALARIÉ / SORTIE BÉNÉFICIAIRE

DATE D'ENTRÉE : ____ / ____ / _____ DATE D'ENTRÉE DANS LA OU LES CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : ____ / ____ / _____

DATE DE SORTIE : ____ / ____ / _____ CAUSE* : _____ CONTRAT DE TRAVAIL SUSPENDU ET INDEMNISÉ PAR L'EMPLOYEUR : OUI NON

* DEM : DÉMISSION - LIC : LICENCIEMENT - FIN : FIN DE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE - RPC : RUPTURE CONVENTIONNELLE - FPE : FIN DE PÉRIODE D'ESSAI - DC : DÉCÈS DU SALARIÉ - CHC : CHANGEMENT DE CATÉGORIE - MUT : MUTATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE L'ENTREPRISE - RET : RETRAITE - PRE : PRÉRETRAITE

SALARIÉ(E)

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE / MARIÉ(E) / PACSÉ(E) / VIE MARITALE / VEUF(VE)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : _____ PORTABLE : _____

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (POUR LES ENFANTS, PRÉCISEZ LE NUMÉRO SÉC. SOCIALE DE RATTACHEMENT)	RÉGIME D'AFFILIATION SÉC. SOCIALE, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Salarié(e)			____ / ____ / _____	_____	
Conjoint(e) / assimilé(e)			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 1			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 2			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 3			____ / ____ / _____	_____	
Enfant / ayant-droit 4			____ / ____ / _____	_____	

ADHÉSION - GARANTIE SOCLE ET OPTION

GARANTIE SOCLE ET OPTION	ASSURÉ(S)	NOMBRE	TARIF EN EUROS
<input type="checkbox"/> SOCLE	ADULTE	_____	_____, ____ EUROS
<input type="checkbox"/> OPTION FACULTATIVE	ENFANT	_____	_____, ____ EUROS
	TOTAL	_____	TTC : _____, ____ EUROS

Les garanties optionnelles seront réglées directement par les salariés, par prélèvement bancaire mensuel.

Chaque ayant-droit doit bénéficier des mêmes garanties que le salarié (gratuité à partir du 3ème enfant). Toute adhésion optionnelle du salarié entraîne celle de ces ayants-droit.

PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois
- 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)
- Le cas échéant, 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé

SIGNATURE SALARIÉ(E)

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ»

Fait à :

Le : ____ / ____ / _____

SIGNATURE EMPLOYEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à :

Le : ____ / ____ / _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, j'accepte les échanges d'informations par télétransmission et je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat et des statuts de la mutuelle.

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Territoires Solidaires - Siège social : 75 av. Gabriel Péri 38400 St Martin d'Hères. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offres de notre part ou de nos partenaires, merci de cocher la case ci-contre : / Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 449 571 256. 1215-BIA-GARANTIE APA