

CORRESPONDANT

**CODE : CAP SANTE
NOUVELLE ADHESION**

Date d'effet

01 - - 2011.
sous réserve d'acceptation du dossier

Je soussigné (e) : Monsieur, Madame, Mademoiselle

Nom _____ à _____
Né(e) le _____
Adresse _____

Prénoms _____
Situation de famille C - M - D - S - V.

Code Postal _____ Ville _____
Profession Adhérent _____
Profession Conjoint _____

Nombre d'enfants à charge : _____
N° Centre : _____
N° SS _____
N° SS _____

demande mon adhésion à CAP SANTE ainsi qu'aux conventions souscrites auprès de l'association CAP 2000 à compter du lendemain de la date d'effet du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, pour moi-même et éventuellement mes ayants droit.

Toute adhésion reçue du 1e au 15 prendra effet au 1e du mois en cours.

Toute adhésion reçue du 15 au 31 prendra effet au 1e du mois suivant.

CONTRAT : 18-35 ANS

| PERSONNES A GARANTIR (1) | NOM | PRENOM | NE(E) LE | SEXE | CATEGORIE (2) | COTISATION MENSUELLE TTC |
|---|-----|--------|----------|--|---|--------------------------|
| Adhérent | | | | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F | E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 10,00 € |
| Conjoint (ou 1 enfant) | | | | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F | E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | +10,00 € |
| Famille (à compter du 1e enfant) | | | | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F | E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | +20,00 € |
| 2e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F | E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | GRATUIT |
| 3e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F | E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | GRATUIT |
| 4e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M/ <input type="checkbox"/> F | E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | GRATUIT |
| DROITS D'ENTREE UNIQUE ASSOCIATION | | | | | | +15,00 € |
| SOIT AU TOTAL | | | | | | |

Périodicité MENSUELLE
PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
OBLIGATOIRE AU 6 DU MOIS

Je verse ce jour à l'ordre de CAP SANTE ma 1^{re} échéance

1) joindre une copie de la carte d'Assuré social
2) E : Étudiant S : Salarié

INFORMATIONS

Pièces à fournir pour une demande d'adhésion :

IMPORTANT : avant de nous retourner votre demande d'adhésion vérifier que votre dossier contient :

- * **Votre demande d'adhésion** (recto-verso) et l'autorisation de prélèvement remplies et signées
- * **Votre relevé d'identité bancaire** ou postal.
- * **Le règlement de la première échéance** à l'ordre de CAP SANTE.
- * **La photocopie de la carte d'assuré** pour tous les adhérents.

Je demande mon adhésion à CAP SANTE ainsi qu'aux conventions souscrites par elle pour moi-même et éventuellement mes « ayants-droits ».

« Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, de la Mutuelle CAP SANTE, et avoir reçu la notice des conditions générales prévues par l'article 12 de la loi 891009 du 31 décembre 1989 (loi EVIN), et en avoir accepté les dispositions.

Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document et ceux qui le seront dans la procédure NOEMIE (Norme ouverte d'Echange entre la Maladie et les intervenants extérieurs) m'ouvre le droit d'accès au fichier ou de rectification, prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et peuvent être communiquées à toutes personnes intervenant à titre professionnel dans la gestion et l'exécution des Conventions d'Assurance de groupe référencées au présent bulletin.

Fait à _____ Le _____
La signature de l'adhérent
précédée de la mention « lu et approuvé »

La signature et le cachet du correspondant

Votre autorisation de prélèvement A compléter obligatoirement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre, en cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.
Je réglerai le différent directement avec le créancier.

| | | | |
|---|-------|---|---------|
| Le débiteur | | Le Créancier | |
| CAP SANTE : N° NATIONAL EMETTEUR : 530011 | | L'établissement teneur du compte à débiter | |
| Nom | | Nom | |
| Prénom | | Adresse | |
| Adresse | | Code Postal | Ville |
| Code Postal | Ville | Le compte à débiter : | |
| Date | | Code | |
| Signature | | Établissement | Guichet |
| | | Numéro de Compte | Clé RIB |
| | | Renvoyer cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou POSTAL (RIP) | |