

PARTIE À RENSEIGNER PAR LE CABINET

Date d'effet :

Raison sociale de l'employeur :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

PARTIE À RENSEIGNER PAR L'ASSURÉ

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale Nombre d'enfants

Adhésion : Isolée (salarié seul) Familiale (salarié + ayants droit)

Bénéficiaire	Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité Sociale
Conjoint			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je souhaite bénéficier du système de télétransmission directe des décomptes de la Sécurité Sociale afin d'accélérer mes remboursements.

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi 78/17 du 6 janvier 1978, vous disposez, auprès de MMA IARD d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA SOUSCRIPTION

- Un relevé d'identité bancaire.
- La copie de l'attestation délivrée avec la Carte Vitale et celles du conjoint et des enfants ayant leur propre immatriculation.
- Copie des certificats de scolarité pour les enfants ayants droit de 18 à 26 ans poursuivant des études.

J'atteste avoir pris connaissance des stipulations du contrat souscrit et avoir reçu un exemplaire de la notice d'information.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

CACHET DU CABINET

Signature