MYRIADE MUTUELLE SANTÉ

Demande d'adhésion santé Myriade
GAMME GALAXIE MYRIADE

☐ Adhésion ☐ Adjonction bénéficiaire - Date d'effet du contrat ..... / ..... / .....
☐ Observations .....

Chef de famille (CF) ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

N° Adhérent |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Nom de Jeune Fille ..... Situation de famille ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie Maritale

Adresse .....

CP ..... Ville ..... Tél. ..... E-mail .....

Profession (en clair) ..... Employeur .....

GARANTIE CHOISIE : ☐ ALPHA 1.0 ☐ ALPHA 1.5 ☐ PREMIA 1.0 ☐ PREMIA 1.25 ☐ MEDIA 1.5 ☐ MEDIA 1.75 ☐ MEDIA 2.0 ☐ MAXIMIA 2.5 ☐ MAXIMIA 3.0 ☐ MAXIMIA 3.5 ☐ *Option CP*

Stage : ☐ Oui ☐ Non (voir fiche d'information ci-jointe)
Droits d'adhésion : ☐ Oui ☐ Non

Conjoint (C) ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom ..... Prénom .....

Nom de Jeune Fille ..... Date de naissance .....

Profession (en clair) ..... Employeur .....

GARANTIE CHOISIE : ☐ ALPHA 1.0 ☐ ALPHA 1.5 ☐ PREMIA 1.0 ☐ PREMIA 1.25 ☐ MEDIA 1.5 ☐ MEDIA 1.75 ☐ MEDIA 2.0 ☐ MAXIMIA 2.5 ☐ MAXIMIA 3.0 ☐ MAXIMIA 3.5 ☐ *Option CP*

Stage : ☐ Oui ☐ Non (voir fiche d'information ci-jointe)

1er enfant (E1)

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Garantie choisie : ☐ ALPHA 1.0 ☐ ALPHA 1.5 ☐ PREMIA 1.0 ☐ PREMIA 1.25 ☐ MEDIA 1.5 ☐ MEDIA 1.75 ☐ MEDIA 2.0 ☐ MAXIMIA 2.5 ☐ MAXIMIA 3.0 ☐ MAXIMIA 3.5 ☐ Option CP

Stage : ☐ Oui ☐ Non

2e enfant (E2)

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Garantie choisie : ☐ ALPHA 1.0 ☐ ALPHA 1.5 ☐ PREMIA 1.0 ☐ PREMIA 1.25 ☐ MEDIA 1.5 ☐ MEDIA 1.75 ☐ MEDIA 2.0 ☐ MAXIMIA 2.5 ☐ MAXIMIA 3.0 ☐ MAXIMIA 3.5 ☐ Option CP

Stage : ☐ Oui ☐ Non

3e enfant (E3)

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le ..... / ..... / ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Garantie choisie : ☐ ALPHA 1.0 ☐ ALPHA 1.5 ☐ PREMIA 1.0 ☐ PREMIA 1.25 ☐ MEDIA 1.5 ☐ MEDIA 1.75 ☐ MEDIA 2.0 ☐ MAXIMIA 2.5 ☐ MAXIMIA 3.0 ☐ MAXIMIA 3.5 ☐ Option CP

Stage : ☐ Oui ☐ Non

GAMME GALAXIE 06C-1209

☐ **Je souscris H Plus, la garantie prévoyance hospitalière :**
(Option réservée aux moins de 55 ans)

☐ **15 €/jour** ☐ **25 €/jour** ☐ **40 €/jour** ☐ **50 €/jour**
Adhérent(s) concerné(s) : ☐ CF ☐ C ☐ E1 ☐ E2 ☐ E3

Date d'effet de la garantie : ..... / ..... / .....
Stage : ☒ Oui ☐ Non

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT CHOISIS

☐ **Prélèvement automatique :** ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel
☐ **Chèque :** ☐ Semestriel ☐ Annuel

☐ **Spécial TNS :** Les cotisations des travailleurs non salariés ouvrent droit à déduction dans les conditions fixées à l'article 154 bis du Code Général des Impôts par le biais de leur adhésion, ce jour, à l'A.N.P.P.I. Exercice fiscal ..... / .....

- Je certifie exacts, les renseignements portés ci-dessus et déclare avoir reçu et pris connaissance de la fiche d'information remise.
- Je reconnais avoir reçu un exemplaire du règlement des garanties frais de santé et des Statuts de la Mutuelle Myriade et déclare en accepter les termes.
- J'autorise la Mutuelle Myriade à traiter mes décomptes de prestations par télétransmission avec mon Régime Obligatoire.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

☐ **J'accepte de recevoir par e-mail des informations de la mutuelle Myriade**

Nom et signature du conseiller MYRIADE

A ..... le .....
Signature du demandeur précédée de la mention «lu et approuvé»

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir à tout moment communication et le cas échéant rectifications des informations détenues à votre nom en vous adressant à l'organisme ayant recueilli votre adhésion.

Autorisation de prélèvement

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

N° NATIONAL D'EMETTEUR
394 714

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
MYRIADE
353, bd. du Président Wilson
33079 Bordeaux Cedex

COMPTE À DÉBITER

Etabliss.	Codes Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.
|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|

N° d'Adhérent : |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Date ..... Signature

Renvoyer cet imprimé en y joignant un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).