



# Demande d'adhésion santé Myriade

## > Gamme Alpha Myriade

■ Adhésion ■ Avenant - 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  Célibataire  Veuf  Divorcé  Vie Maritale

Adresse .....

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

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

> **Gamme Alpha Myriade** : Garantie  BASIC  PREMIA  MEDIA  MAXIMIA  Option CP Maxima Stage :  O  N (voir fiche d'information ci-jointe) - Droits d'adhésion :  O  N

**Conjoint (C)**  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom ..... Prénom .....

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

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

> **Gamme Alpha Myriade** : Garantie  BASIC  PREMIA  MEDIA  MAXIMIA  Option CP Maxima Stage :  O  N (voir fiche d'information ci-jointe)

Enfant(s)	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Rattaché(e) à la garantie	Stage
1 <sup>er</sup> enfant (E1)	.....	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
2 <sup>e</sup> enfant (E2)	.....	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
3 <sup>e</sup> enfant (E3)	.....	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
4 <sup>e</sup> enfant (E4)	.....	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

**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

Stage :  Oui

Date d'effet de la garantie : ..... / ..... / .....

**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.



Signature du Conseiller MYRIADE

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

## 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 de mande 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

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

COMPTE À DÉBITER

Codes		Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.
Etabli.	ss.			

N° d'Adhérent : | | | | | | | | | |

Date ..... Signature

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