Demande d'adhésion santé Myriade
> Gamme Comète 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 Comète Myriade : Garantie ☐ **PREMIA** ☐ **MEDIA** ☐ **MAXIMIA** ☐ *Option CP* ☐ **H PLUS (15 €/jour) INCLUS**

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 Comète Myriade : Garantie ☐ **PREMIA** ☐ **MEDIA** ☐ **MAXIMIA** ☐ *Option CP* ☐ **H PLUS (15 €/jour) INCLUS**

Stage : ☐ O ☐ N (voir fiche d'information ci-jointe)

Enfant(s)

	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Rattaché(e) à la garantie	Stage
1er enfant (E1)	.....	.....	..... / ..... /	☐ F ☐ M	☐ CF ☐ C	☐ O ☐ N
2e enfant (E2)	.....	.....	..... / ..... /	☐ F ☐ M	☐ CF ☐ C	☐ O ☐ N
3e enfant (E3)	.....	.....	..... / ..... /	☐ F ☐ M	☐ CF ☐ C	☐ O ☐ N
4e enfant (E4)	.....	.....	..... / ..... /	☐ F ☐ M	☐ CF ☐ C	☐ O ☐ N

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

☐ **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.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Signature du Conseiller MYRIADE

A ....., le .....

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

08-0108 - Conformément à la loi informatique et Liberté n° 78 - 17, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes les informations vous concernant sur notre fichier.

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

COMPTE À DÉBITER

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

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

N° d'Adhérent : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date ..... Signature

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