BULLETIN D'AFFILIATION ENERGIE COMMUNE

Collectivité de :

Date d'adhésion : 01/ __ / ____

GARANTIE SOUSCRITE :

- ❒ Energie Commune 1
- ❒ Energie Commune 2
- ❒ Energie Commune 3

ADHÉRENT :

Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) ..... N°SS:

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Adresse :

N° : ..... Rue : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : ..... Portable : ..... Email : .....

VOTRE CONJOINT(E)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe :

N°SS : ..... E-mail : .....

VOS ENFANTS À CHARGE

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° de Sécurité Sociale
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

Pièces à joindre :

- ✓ **Un relevé d'identité bancaire,**
- ✓ **Une photocopie d'une pièce d'identité,**
- ✓ **L'autorisation de prélèvement complétée,**
- ✓ **Un justificatif de domicile,**
- ✓ **Une photocopie des attestations de droits au Régime Obligatoire, pour chaque bénéficiaire.**

Fait à :
Le :

Signature :

Je m'engage au paiement d'une cotisation définie au règlement mutualiste. S'il s'avérait en cours d'exercice que la cotisation n'était pas suffisante pour assurer l'équilibre des opérations, l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration pourrait décider de procéder à un rappel de cotisation pour l'exercice en cours. Toutefois, ce rappel de cotisation ne pourra avoir pour effet de porter la cotisation à un montant 1.5 fois supérieur. Pour assurer l'équilibre, l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration pourrait également décider de procéder à des réductions maximum de prestations de 10%. Réduction qui s'appliquera aux prestations dont la date de prescription sera postérieure à la décision.
Je reconnais avoir reçu les statuts de la Mutuelle MCRN.
Je reconnais avoir reçu les conditions d'adhésion 10 jours avant la date d'adhésion
Je donne mon consentement à l'enregistrement des données de mon contrat mutualiste dans ma nouvelle carte Vitale 2.
J'accepte la retenue de ma cotisation tous les 10 ou 30 du mois sur mon compte bancaire ou postal,
J'accepte la transmission de mes décomptes de Sécurité Sociale à la Mutuelle : agrément CNIL 359290

En application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles le concernant.
Nota : un duplicata de ce bulletin d'adhésion vous sera retourné avec votre carte d'adhérent.
Mutuelle MCRN régie par le livre II du code de la mutualité : n° SIREN 314 765 546

Mutuelle MCRN
4, place des jacobins 44000 NANTES
Tél: 02.40.89.22.91 - Fax : 02.40.35.63.38
infos@mutuellemcrn.fr www.mutuellemcrn.fr