La force de la sérénité

MCA
Mutuelle Complémentaire d'Alsace

6, route de Rouffach - 68027 Colmar Cedex - Tél : 03 89 20 80 00 - Fax : 03 89 24 98 37
Mail : info@mc-alsace.fr - Internet : www.mc-alsace.fr
Lignes adhésion : 03 89 20 80 24 ou 03 89 20 80 25
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 778 900 027

DEMANDE D'ADHESION individuelle à la garantie santé

☐ ADHESION
☐ MODIFICATION
N° sociétaire MCA :

ADHERENT PRINCIPAL	CONJOINT
NOM : PRENOM :	NOM : PRENOM :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
NE(E) LE : Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐	NE(E) LE : Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐
N° SECURITE SOCIALE : REGIME OBLIGATOIRE : Local ☐ Général ☐ TNS ☐ Autres ☐ RF ☐ EN ☐	PARTIE A COMPLETER SI IMMATRICULATION A UN REGIME OBLIGATOIRE N° SECURITE SOCIALE : REGIME OBLIGATOIRE : Local ☐ Général ☐ TNS ☐ Autres ☐ RF ☐ EN ☐
N° CAISSE PREVOYANCE : (uniquement agent SNCF)	N° CAISSE PREVOYANCE :
ADRESSE :	
TELEPHONE PRIVE :	
PROFESSIONNEL :	
PROFESSION :	PROFESSION :
CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cadre ☐ Non Cadre ☐ TNS ☐	CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cadre ☐ Non Cadre ☐ TNS ☐
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :
DATE D'EMBAUCHE :	
N° ENTREPRISE MCA :	

ENFANTS OU AYANTS DROIT

Les enfants ou ayants droit bénéficient-ils du régime obligatoire : - du père ☐ Oui ☐ Non - de la mère ☐ Oui ☐ Non (cochez la case correspondante)

LIEN DE PARENTE	NOM - PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	NUMERO DE SECURITE SOCIALE	LOCAL	GENER.	TNS
1er ENFANT							
2e ENFANT							
3e ENFANT							
4e ENFANT							

Je sollicite l'adhésion à la MCA des personnes ci-dessus désignées à compter du

Pour complément santé : Normale ☐ Améliorée ☐ Maximale ☐ Option 100 ☐ Option Jeune ☐ Catalogue "APPARTENANCE" : Oui ☐ Non ☐

JOINDRE IMPERATIVEMENT : UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL, LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURES SOCIAUX DE L'ENSEMBLE DES BENEFICIAIRES, LE CERTIFICAT DE RADIATION DE VOTRE ANCIENNE COMPLEMENTAIRE SANTE (si vous en aviez une auparavant)

Je reconnais avoir reçu les statuts de la Mutuelle ainsi que le règlement mutualiste (pour les garanties individuelles) ou la notice d'information (pour les contrats collectifs) concernant mon contrat.

MODE DE PAIEMENT : PRELEVEMENT AUTOMATIQUE ☐ CHEQUE ☐ VIREMENT ☐ ESPECES ☐
Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel ☐ 5 du mois ☐ 10 du mois ☐

A _____ le _____

DROIT D'ENTREE : Oui ☐ Non ☐ CARENCES : Oui ☐ Non ☐ Notes :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	NOM ET ADRESSE DE VOTRE ETABLISSEMENT BANCAIRE	NUMERO D'EMETTEUR	DESIGNATION DE L'ORGANISME ENCAISSEUR (OU CREANCIER)
NOM :		Banque 119 504 C.C.P. 360724	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE MUT. COMP. ALSACE 6, route de Rouffach 68027 COLMAR CEDEX
RUE :			
C. Postal VILLE :			
N° DU COMPTE CHEQUES :			

Je soussigné(e), prie Monsieur le Directeur ou Chef de l'Etablissement teneur de mon compte, désigné ci-dessus, de payer par prélèvement sur l'avoir de ce dernier, le montant des ordres (ou avis) de prélèvements établis à mon nom, qui seront présentés par LA MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE.

Je reconnais que :
- L'Etablissement teneur du compte à débiter ne sera pas tenu de m'aviser de l'exécution ou de la non-exécution de ces opérations.
- En cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme encaisseur (ou créancier).
- Je ne peux refuser l'exécution d'un prélèvement isolé.

A _____ le _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

AUTORISATION DE L'ADMINISTRATION DES P.T.T. N° 20-80 DU 11.2.1980