



# Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion

à l'adresse mail suivante : [info@mutuelledesarchitectes.com](mailto:info@mutuelledesarchitectes.com)

Adhérent (e) à compter du / /

## Vous (Adhérent)

Nom patronymique : _____	<b>Pour les actifs :</b>
Nom d'usage : _____	Employeur : _____
Prénom(s) : _____	Métier/Emploi : _____
Né(e) le : _____ A : _____	Type de contrat* <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim
Adresse géographique : _____	Indice nouveau majoré : _____
_____	Recruté(e) le : _____
Ville/Quartier : _____	<b>Pour les retraités :</b>
N° CMU : _____	Retraité (e) le : _____
Téléphone portable : _____	Dernier indice : _____
Email : _____	Ou revenu annuel brut : _____
Situation familiale** : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le : _____	

## Ayants droit que vous souhaitez rattacher

**Votre conjoint** Sexe  F  H

A-t-il (elle) sa propre complémentaire santé ? OUI  NON

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M _____	Prénom(s) : _____	Né(e) le : _____
N° CMU : _____		
Téléphone fixe : _____	Téléphone portable : _____	Email : _____
Situation familiale** : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e)		
Situation administrative** : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Sans profession		

## Autres membres de la famille à garantir

Nom : _____	Né(e) le : _____	N° CMU : _____
Prénom(s) : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> autre	
Adresse*** : _____		
Nom : _____	Né(e) le : _____	N° CMU : _____
Prénom(s) : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> autre	
Adresse*** : _____		
Nom : _____	Né(e) le : _____	N° CMU : _____
Prénom(s) : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> autre	
Adresse*** : _____		

\* Cocher es mentions inutiles

\*\* Cocher la case correspondant à votre situation

\*\*\* si différent du (de la) vôtre.



## Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion  
à l'adresse mail suivante : [info@mutuelledesarchitectes.com](mailto:info@mutuelledesarchitectes.com)

### Documents à fournir à l'appui de l'adhésion

**Afin de compléter votre dossier d'adhésion, vous devez nous retourner ce bulletin accompagné de : (document obligatoire en rouge)**

- Copie de votre Carte Nationale d'Identité (ou carte de séjour) ou Attestation d'identité le cas échéant, en cours de validité
- Votre RIB et, le cas échéant, le RIB de vos ayants droit pour les personnes souhaitant effectuer les paiements par virement;
- Extrait d'acte de naissance, ou copie du récépissé d'enregistrement du PACS ou du certificat de concubinage (selon situation familiale);
- Copie du livret de famille (y compris ceux délivrés par des autorités étrangères);
- Copie de votre carte CMU et copie carte CMU de vos ayants droits ayant;
- Copie du certificat de scolarité pour les enfants à charge de plus de 21 ans;
- Copie de la notification de mise à la retraite (pour les agents retraités);

### Garantie choisie (Le choix est identique pour vous et vos ayants droit inscrits) - Validation de l'adhésion

Je souhaite adhérer à :  
 l'offre « **Economique** »  
 l'offre « **Standing** »  
 l'offre « **Prestige** »

Je reconnais avoir été informé(e) et conseillé(e) sur le fonctionnement et l'étendue de l'offre choisie, avoir pris connaissance de la grille des prestations et de la tarification de la garantie choisie, et je confirme que cette offre correspond aux besoins et au budget que j'ai indiqué.

Je reconnais en outre avoir reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle, du règlement mutualiste et des notices d'information portées en annexe dudit règlement, ainsi que du document d'information sur le produit d'assurance.

J'opte pour le prélèvement automatique de mes cotisations.

Je préfère m'acquitter de mes cotisations au moyen de règlements par chèque.

Je préfère m'acquitter de mes cotisations au moyen de règlement par porte-monnaie virtuel (Orange Money, Mtn money,...)

J'opte pour le paiement en espèce.

Je m'engage à aviser immédiatement la Mutuelle des Architectes de tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation administrative ou celle de mes ayants droit.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_