



**MUTUELLES DE FRANCE**   
L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ

**MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION DE NANTES**

**BULLETIN D'ADHESION**

Cadre réservé à la Mutuelle

n°adhérent : \_\_\_\_\_  
Montant mensuel : \_\_\_\_\_ €  
Date adhésion : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Stage 6 mois pour les forfaits: **oui** **non**

Payé par : C.C.P. – Bancaire – Espèces  
La somme de \_\_\_\_\_ €

**ADHERENT**

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Né (e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .  
Adresse mail : ..... @ .....

**CONJOINT / CONCUBIN**

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Né (e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_

**ENFANTS A CHARGE**

Noms et Prénoms :	Date de naissance :	Situation :	N° de sécurité sociale
.....	__ / __ / ____	.....	_____ / ____
.....	__ / __ / ____	.....	_____ / ____
.....	__ / __ / ____	.....	_____ / ____
.....	__ / __ / ____	.....	_____ / ____

Pièces à joindre à votre demande d'adhésion :

- Un relevé d'identité bancaire,
- L'autorisation de prélèvement complétée
- Une photocopie des attestations de carte vitale,
- Un certificat de radiation pour les adhérents de plus de 45 ans.

**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 donne** mon consentement à l'enregistrement des données de mon contrat mutualiste dans ma nouvelle carte Vitale 2.

**Je reconnais avoir reçu les conditions d'adhésion le :** ..... (au moins 10 jours avant la date d'adhésion)

**Date d'adhésion souhaitée :** 01/\_\_\_/\_\_\_

**Fait à** ..... **le** .....

**Signature**

# MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA RÉGION DE NANTES



Par la présente, je demande à la Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes, et sauf instructions contraires de ma part lui parvenant en temps utile, de faire prélever en sa faveur les sommes dont je lui serais redevable. En cas de non-exécution, j'en serai avisé par ses soins.

## DEMANDE DE PRELEVEMENTS

NOM : ..... Prénom.....

Adresse

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Titulaire du compte à débiter :

compte courant personnel

compte courant d'un débiteur solidaire

Débiteur solidaire (qui devra signer l'autorisation de prélèvement)

## AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

NOM : ..... Prénom : .....

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 demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

n° NATIONAL D'EMETTEUR

436617

### TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom .....

Adresse : .....

.....  
.....

### NOM ET ADRESSE DU CREANCIER



4, place des Jacobins

44000 NANTES

tél. : 02 40 89 22 91

fax : 02 40 35 63 38

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Codes

Etab.

Guichet

N° du compte

Clé  
R.I.B.

### ETABLISSEMENT DU COMPTE

(compte courant ou CCP)

Etablissement : .....

Adresse : .....

.....

Veuillez nous renvoyer cet imprimé en y joignant obligatoirement soit :

un relevé bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.).

Faire précéder les signatures de la mention "lu et approuvé"

Fait à :

le :

Signature de l'adhérent :

signature du débiteur solidaire :  
(titulaire du compte à débiter)