BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION VIVACTIV'**SANTÉ**

Mutualia SANTE SUD EST

RÉSERVÉ À MUTUALIA

N° TIERS / N°CONTRAT : ....

APPEL DES OPTIONS :

☐ ENTREPRISE ☐ SALARIÉ

☐ **AFFILIATION** OU ☐ **RADIATION** SALARIÉ / ☐ **AJOUT** OU ☐ **SORTIE** DE BÉNÉFICIAIRE

☐ **CHANGEMENT** DE GARANTIE OPTIONNELLE

DATE D'EFFET : __ / __ / ____

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE : ....

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : ☐ CADRES ☐ NON CADRES ☐ ENSEMBLE DU PERSONNEL

ADRESSE : ....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : ....

GARANTIES «BASE» ENTREPRISE : ☐ VIVA 1 ☐ VIVA 2 ☐ VIVA 3 ☐ VIVA 4

SALARIÉ(E)

☐ MME ☐ M. NOM : .... NOM JEUNE FILLE : .... PRÉNOM : ....

SITUATION FAMILIALE : ☐ CÉLIBATAIRE / ☐ MARIÉ(E) / ☐ PACSÉ(E) / ☐ VIE MARITALE / ☐ VEUF(VE)

ADRESSE : ....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : ....

EMAIL : .... TÉLÉPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Séc. sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION (CPAM, MSA...)
Salarié(e)			__/__/____		
Conjoint(e) / assimilé(e)			__/__/____		
Enfant 1			__/__/____		
Enfant 2			__/__/____		
Enfant 3			__/__/____		
Enfant 4			__/__/____		

ADHÉSION AUX GARANTIES OPTIONNELLES & COTISATIONS

JE SOUSCRIS À VIVA'**PLUS** :

CHOIX DE L'OPTION	Assuré(s)	Nombre	Tarif en € *
Toutes les personnes attachées au contrat bénéficieront de la même option : ☐ VIVA'**PLUS** 2 ☐ VIVA'**PLUS** 3 ☐ VIVA'**PLUS** 4	ADULTE(s)		€
	ENFANT(s)		€
	TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES *		€

*Taxes en vigueur incluses.

OU

JE SOUSCRIS À VIVA'**SUP** :

CHOIX DE L'OPTION	Assuré(s)	Nombre	Tarif en € *
Toutes les personnes attachées au contrat bénéficieront de la même option : ☐ VIVA'**SUP** 5 ☐ VIVA'**SUP** 6	ADULTE(s)		€
	ENFANT(s)		€
	TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES *		€

*Taxes en vigueur incluses.

L'adhésion d'un membre du foyer à une option entraîne, de manière indissociable, le rattachement des autres membres du foyer à cette même option.

PIÈCES À FOURNIR

☐ 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois

☐ 1 RIB pour les prestations

☐ Si cotisations appelées au salarié, un mandat SEPA complété et signé et un RIB (si différent des prestations)

SIGNATURE SALARIÉ(E)

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ »

Fait à : ....

Le : __ / __ / ____

SIGNATURE EMPLOYEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : ....

Le : __ / __ / ____

Exemplaire réservé à la mutuelle

☒ **J'atteste** sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, **j'accepte** les échanges d'informations par télétransmission et **je reconnais** avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat et des statuts de la mutuelle.

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Santé Sud Est – Siège social : 30 rue Mallifaud - 38100 Grenoble. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offres de notre part ou de nos partenaires, merci de cocher la case ci-contre : ☐

Mutualia Santé Sud Est, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 449 571 256. 2805-BIA-VIV-SAN