

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

(Opérations collectives obligatoires)
Je complète le tableau ci-dessous



EXEMPLAIRE A ENVOYER

M. Mme Mlle

NOM _____ PRÉNOM _____

NOM DE JEUNE FILLE _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____ DATE DE NAISSANCE _____

VOTRE N° DE SOCIÉTAIRE ASPBTP (si vous en avez déjà un) _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TÉL. _____ NATIONALITÉ _____

SECTEUR D'ACTIVITÉ : BTP AUTRE (précisez) : _____

PROFESSION : _____ DATE D'EMBAUCHE _____

STATUT : OUVRIER ETAM (Employé, Technicien, Agent de Maîtrise) CADRE

MOIS _____ ANNÉE _____

J'indique le nom du contrat auquel j'adhère

J'adhère au Contrat Santé : _____ OPTION : _____
(si votre contrat comporte des options)

Régime Général de Sécurité Sociale Régime de l'Est

Je veux faire bénéficiaire ma famille de mon contrat

Les personnes bénéficiaires de mon Contrat Complémentaire Santé sont :

CONJOINT(E) CONCUBIN(E) PRÉNOM _____

NOM _____

NÉ(E) LE _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____
(si elle ou il en possède un)

ENFANTS A CHARGE OU PERSONNES HANDICAPÉES RESTANT A CHARGE	SEXES M/F	NÉ(E) LE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (si elle ou il en possède un ou rattachement au n° du père ou de la mère)
PRÉNOM (plus NOM si différent du votre) _____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(si vous avez plus de 4 enfants, indiquez-nous les mêmes informations sur une feuille libre)

Allocation obsèques :

"Assureur de la garantie : Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF), enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n°442 574 166, agréée pour les branches 1,2,20,21 et 22. Les prestations seront réglées selon les dispositions prévues au règlement mutualiste."

Je suis d'accord avec l'ASPBT

Je déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement mutualiste du contrat Santé Collectif Obligatoire. J'en accepte pleinement les termes, sans aucune restriction. J'accepte l'échange d'informations me concernant, ainsi que mes ayants-droits, afin de bénéficier des procédures informatiques entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Mutuelle.

Je souhaite que mon adhésion prenne effet au [0] [1] _____

Votre Mutuelle

ASPBT

6, rue Saint-Nicolas - B.P. 6185
14062 CAEN Cedex 4
Tél. 02 31 50 35 50
Fax : 02 31 50 35 45

A remplir par l'ASPBT

CODE RT

Fait à _____ le _____

Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé" sur chaque exemplaire

Vous devez faire parvenir par l'intermédiaire de votre employeur à votre Mutuelle :

- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé
- 1 photocopie de votre attestation vitale ainsi que celle de votre conjoint(e) ou concubin(e) (si il ou elle en possède une)
- 1 RIB (ou RIP) pour le virement de vos remboursements

A remplir par votre employeur

Raison sociale de l'entreprise	N° de l'entreprise	Cachet de l'entreprise
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

(Opérations collectives obligatoires)
Je complète le tableau ci-dessous



EXEMPLAIRE A CONSERVER

M. Mme Mlle

NOM _____ PRÉNOM _____

NOM DE JEUNE FILLE _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____ DATE DE NAISSANCE _____

VOTRE N° DE SOCIÉTAIRE ASPBTP (si vous en avez déjà un) _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TÉL. _____ NATIONALITÉ _____

SECTEUR D'ACTIVITÉ : BTP AUTRE (précisez) : _____

PROFESSION : _____ DATE D'EMBAUCHE _____

STATUT : OUVRIER ETAM (Employé, Technicien, Agent de Maîtrise) CADRE

MOIS _____ ANNÉE _____

J'indique le nom du contrat auquel j'adhère

J'adhère au Contrat Santé : _____ OPTION : _____
(si votre contrat comporte des options)

Régime Général de Sécurité Sociale Régime de l'Est

Je veux faire bénéficiaire ma famille de mon contrat

Les personnes bénéficiaires de mon Contrat Complémentaire Santé sont :

CONJOINT(E) CONCUBIN(E) PRÉNOM _____

NOM _____

NÉ(E) LE _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____
(si elle ou il en possède un)

ENFANTS A CHARGE OU PERSONNES HANDICAPÉES RESTANT A CHARGE	SEXES M/F	NÉ(E) LE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (si elle ou il en possède un ou rattachement au n° du père ou de la mère)
PRÉNOM (plus NOM si différent du votre) _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

(si vous avez plus de 4 enfants, indiquez-nous les mêmes informations sur une feuille libre)

Allocation obsèques :

"Assureur de la garantie : Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF), enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n°442 574 166, agréée pour les branches 1,2,20,21 et 22. Les prestations seront réglées selon les dispositions prévues au règlement mutualiste."

Je suis d'accord avec l'ASPBT

Je déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement mutualiste du contrat Santé Collectif Obligatoire. J'en accepte pleinement les termes, sans aucune restriction. J'accepte l'échange d'informations me concernant, ainsi que mes ayants-droits, afin de bénéficier des procédures informatiques entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Mutuelle.

Je souhaite que mon adhésion prenne effet au [0] [1] _____

Votre Mutuelle

ASPBT

6, rue Saint-Nicolas - B.P. 6185
14062 CAEN Cedex 4
Tél. 02 31 50 35 50
Fax : 02 31 50 35 45

A remplir par l'ASPBT

CODE RT

Fait à _____ le _____

Faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé" sur chaque exemplaire

Vous devez faire parvenir par l'intermédiaire de votre employeur à votre Mutuelle :

- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé
- 1 photocopie de votre attestation vitale ainsi que celle de votre conjoint(e) ou concubin(e) (si il ou elle en possède une)
- 1 RIB (ou RIP) pour le virement de vos remboursements

A remplir par votre employeur

Raison sociale de l'entreprise	N° de l'entreprise	Cachet de l'entreprise
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____