LA FRATERNELLE
Mutuelle du personnel de la Sacem

sacem

BULLETIN D'AFFILIATION

au régime de "couverture des frais de santé" institué
par le contrat collectif obligatoire souscrit par la Sacem

Nom du salarié : ..... Nom JF : ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... N° SS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CPAM de : .....

Service ou délégation régionale : ..... Tél. prof. : .....

Adresse personnelle : .....
.....
.....

Tél. domicile : ..... Mobile : ..... Mél. : .....@.....

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacs ☐ union libre ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

Ayants droit :

Qualité	NOM	Prénom	Date de naissance			Sexe M ou F	N° de Sécurité sociale
			J	M	A		
Conjoint							
Enfants							
''							
''							
''							
''							

Je souscris l'option facultative suivante :

- Régime sur-complémentaire ..... ☐ oui ☐ non

Versement des prestations

- Les prestations mutualistes sont à verser sur le compte dont je joins un relevé d'identité (RIB).
- J'autorise la Fraternelle à procéder aux échanges d'informations, dits "Noémie", avec les CPAM, permettant la télétransmission des décomptes de remboursement me concernant ainsi que pour mes ayants droit affiliés au présent régime.

Pièces à joindre : RIB, attestation(s) de carte Vitale, certificat de scolarité pour enfants à charge de16 à 25 ans.

Une notice d'information au présent régime et un exemplaire des statuts de la Fraternelle du personnel de la Sacem m'ont été remis ; je déclare en avoir pris connaissance et m'engage à signaler toute modification (changement de situation familiale, d'adresse, de domiciliation bancaire, ...) qui interviendrait dans la présente situation.

Fait à : ..... **le :** ..... **signature :**

MUTUALITÉ FRANÇAISE

225 av. Charles de Gaulle 92528 Neuilly sur Seine Cedex
tél : 01 47 15 46 28 ou 01 47 15 46 31 - fax : 01 47 15 47 71
mél : fraternelle@sacem.fr - www.fraternelle-sacem.fr

mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Siren 302 999 115