

# BULLETIN D'ADHESION



1, RUE STROLZ  
BP 389  
90007 – BELFORT CEDEX  
Tél : 03 84 46 64 90  
Fax : 03 84 46 64 99  
E mail : [contact@mutame90.com](mailto:contact@mutame90.com)  
Site : [www.mutame90.com](http://www.mutame90.com)

Je soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Clé : |\_\_|\_\_|

Situation de famille :  célibataire  marié(e)  vivant maritalement  veuf(ve)  divorcé(e)

Adresse personnelle : n° \_\_\_\_\_ Rue ou lieu-dit : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

**DECLARE ADHERER AUX STATUTS ET REGLEMENTS DE LA MUTUELLE SUS DESIGNEE ET  
DEMANDE MON ADHESION A COMPTER DU : 01 / /**

**A L'OPTION COMPLEMENTAIRE SANTE :**

**MUTAME 1**  **MUTAME 2**  **MUTAME 3**  **MUTAME 4**

**Pour moi-même et les bénéficiaires ci-après désignés :**

<input type="checkbox"/> salarié, <input type="checkbox"/> scolaire, <input type="checkbox"/> collégien, étudiant, <input type="checkbox"/> _____	Nom, Prénoms : _____ Né(e) le  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Nom de jeune fille : _____ N° de Sécurité Sociale :  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Clé :  __ __  Qualité : <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> salarié, <input type="checkbox"/> scolaire, <input type="checkbox"/> collégien, étudiant, <input type="checkbox"/> _____	Nom, Prénoms : _____ Né(e) le  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Nom de jeune fille : _____ N° de Sécurité Sociale :  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Clé :  __ __  Qualité : <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> salarié, <input type="checkbox"/> scolaire, <input type="checkbox"/> collégien, étudiant, <input type="checkbox"/> _____	Nom, Prénoms : _____ Né(e) le  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Nom de jeune fille : _____ N° de Sécurité Sociale :  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Clé :  __ __  Qualité : <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> salarié, <input type="checkbox"/> scolaire, <input type="checkbox"/> collégien, étudiant, <input type="checkbox"/> _____	Nom, Prénoms : _____ Né(e) le  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Nom de jeune fille : _____ N° de Sécurité Sociale :  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __  Clé :  __ __  Qualité : <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> _____

## PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- ⇒ Photocopie de l'Attestation de la Carte Vitale de chaque assuré,
- ⇒ Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- ⇒ Un certificat de radiation de votre ancienne complémentaire maladie (le cas échéant),
- ⇒ Un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans.

☐ Accord pour retenir sur mon traitement les cotisations dues à la Mutuelle Mutame Territoire de Belfort.  
(employeur conventionné avec la Mutuelle)

## NOTRE GAMME COMPLETE DE SERVICES

- ✓ Le tiers payant (centre optique et dentaire Mutualiste, les Pharmacies, les Centres Hospitaliers et Cliniques, les Laboratoires, etc...),
- ✓ Prévoyance : maintien de revenu ou invalidité et capital décès,
  - MUTEX (agents territoriaux)
  - MODULATO (secteur privé)
- ✓ Caution de prêt,
- ✓ MUTEX Epargne,
  - Livret MUTEX
  - Bon MUTEX
- ✓ Garanties complémentaires ;
  - Allocation Obsèques
  - Allocation Orphelin
  - Avance remboursable
  - Aides exceptionnelles
  - MUTAME Assistance
  - Priorité Santé Mutualiste



Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**signature :**

Conformément à la loi du 06 novembre 1978 « Informatique et Libertés », vous êtes habilités à obtenir communication des informations nominatives recueillies au moyen du présent bulletin, et le cas échéant à nous en demander toute rectification.

Mutame Territoire de Belfort, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au RNM sous le numéro 344 710 991, substituée par Mutame Normandie pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident



RNM 780 915 898 régie par le Livre II du code de la Mutualité – 4, rue Emile Enault 50008 SAINT LÔ Cedex.

