

1- Je complète les informations qui me concernent ci-dessous

Mes coordonnées : Mme Mlle M.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____ @ _____ .

A compléter pour recevoir à l'e-mail ci-dessus des informations et offres sur les produits et services du groupe Malakoff ou de ses partenaires.

Ma situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Ma situation professionnelle : Salarié(e) Demandeur d'emploi Retraité(e) Etudiant(e) Autre : _____

Nom de votre (dernier) employeur DENOM _____ N° SIREN (voir dernier bulletin de paye) :

Si vous êtes retraité(e) :

Date d'effet de votre retraite Sécurité sociale : _____ Date d'effet de votre retraite complémentaire : _____

Date de radiation de votre dernier contrat frais de santé* : _____

* Si l'organisme assureur n'est ni l'URRRPIMMEC ni la SMM, et que vous choisissez FORM 5, joindre un certificat de radiation récent indiquant le niveau de garantie de votre dernier contrat (descriptif détaillé).

2- J'adhère et j'inscris les bénéficiaires de mon contrat (cochez les cases correspondant à votre choix)

OUI, je demande mon adhésion à FORMÉO. Date d'effet du contrat : _____

Pour moi seulement

Pour moi et pour les personnes désignées ci-dessous (conjoint et enfant(s) à charge) (1)

	Nom, Prénoms	Date de naissance	sexe	N° de sécurité sociale
Mon conjoint				
1er enfant				
2e enfant				
3e enfant				

IMPORTANT : Votre adhésion doit obligatoirement inclure vos conjoint, concubin et/ou enfants qui figurent sur votre attestation Sécurité sociale.

> Joindre pour chaque assuré social une copie de l'attestation Sécurité sociale.
> Pour vos enfants de plus de 18 ans, veuillez nous adresser un certificat de scolarité.

3- Je compose ma formule santé (cochez les cases correspondant à votre choix)

Je bénéficie du régime : général de la Sécurité sociale Alsace-Moselle / Minier

Je paye ma cotisation par prélèvement : Mensuel Trimestriel

Je choisis ma formule : FORM 1 FORM 2 FORM 3

Mon contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion que je vais recevoir après l'enregistrement de cette demande d'adhésion.

Je dispose d'un délai de 30 jours de réflexion suivant la date d'effet du 1er versement pour exercer mon droit de renonciation. Pour obtenir le remboursement intégral de la cotisation versée, il me suffit d'adresser dans ce délai au siège de l'URRRPIMMEC o

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des Conditions générales (version février 2008) valant note d'information.

Fait à _____ Le _____ Signature (obligatoire)

Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression pour toutes informations vous concernant sur tout fichier à l'usage de l'URRRPIMMEC ou de la SMM, de leurs réassureur

Env le : _____ Act _____ N°
MO : _____ MAJMO le : _____

