CCMO MUTUELLE
Pour nous, l'essentiel c'est vous

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Bulletin individuel d'adhésion

UNRPA

CCMO Mutuelle

Siège social et correspondance
17, place Jeanne Hachette - BP 50993
60014 Beauvais Cedex

Tél : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01
Site : www.ccmo.fr
E-mail : adhesion@ccmo.fr

Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité N° 780508073

⚠ Exemplaire à nous retourner avec votre **RIB**, le **certificat de radiation** de votre ancienne mutuelle, la photocopie de votre **attestation Sesam-Vitale** et **l'autorisation de prélèvement** complétée et signée.

Fédération : .....

Section de : .....

Section isolée : .....
(si vous n'êtes pas rattaché à une fédération)

N° de collectivité : **1768** .....

Option choisie : ❑ Option 1 : SP 408 ❑ Option 2 : SP 409 ❑ Option 3 : SP 410

Date d'adhésion : 01/ /20

Avez vous déjà adhéré à la CCMO ? ❑ Oui ❑ Non Si oui, ancien N° mutuelle :

ADHÉRENT

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....N° SS : ❑ REFUS ECHANGE NOEMIE ❑ Régime Alsace Moselle

Organisme d'affiliation : ⚠ **Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droits de votre Régime obligatoire**

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Courriel : .....

Situation de famille : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Pacsé(e)* ❑ Concubin(e)* ❑ Divorcé(e) ❑ Veuf(ve) * justificatifs à fournir

Conjoint, concubin(e), ou pacsé(e) ❑ Régime Alsace Moselle

Nom	Prénom	Sexe M/F	Date de Naissance Jour	Mois	Année	Organisme d'affiliation	N° Régime Obligatoire	Refus Echange NOEMIE
								❑

Personnes à charge (enfants, ...) ❑ Régime Alsace Moselle

Nom	Prénom	Sexe M/F	Date de Naissance Jour	Mois	Année	Organisme	N° Régime Obligatoire	Refus Echange NOEMIE
								❑
								❑
								❑
								❑
								❑

Après avoir pris connaissance des statuts, du Règlement mutualiste et de la notice d'information, je déclare adhérer ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées et aux conditions du contrat collectivité, auprès de CCMO Mutuelle. Je m'engage à respecter un sociétariat minimum d'un an (sauf en cas de contrat obligatoire souscrit par l'entreprise). Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations me concernant sur ce fichier en m' adressant à CCMO Mutuelle 17, place Jeanne Hachette BP 50993 - 60014 Beauvais Cedex.

Sauf notification expresse de ma part, j'accepte que le règlement de mes prestations soit effectué par télétransmission entre CCMO Mutuelle et le Régime obligatoire dont je dépends.

À : ....., le .....

Signature de l'adhérent précédée de mention «lu et approuvé» :	Cachet de la fédération :	Cachet de la section (isolée ou rattachée à une fédération) :