

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION A L'OPTION FACULTATIVE

Contrat Azureva | Santé - Optionnel

> VOTRE IDENTITE

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) Pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Adresse

Téléphone e-mail

je souscris à l'option facultative

Date d'effet de l'adhésion

N° ENTREPRISE 13460676

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Remplissez l'autorisation de prélèvement automatique **si vous choisissez l'option facultative.**
- 2- Dater, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :

Aprionis Prévoyance
348 rue Puech Villa
BP 7209
PARC EUROMEDECINE
34183 MONTPELLIER CEDEX 4

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et Aprionis Prévoyance.

A le

Signature du Salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la loi Informatique et Liberté 78-17 du 06-01-78, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.

> VOTRE AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Codes			COMPTES A DEBITER										Clé		
Etablissement	Guichet		N° du compte										R.I.B.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date Signature

N° NATIONAL D'EMETTEUR 194.581

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
APRIONIS PREVOYANCE - 41931 BLOIS CEDEX 9

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom

Adresse

Code postal Ville

Important : cette autorisation doit être obligatoirement complétée, signée et accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB).