

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Bulletin à retourner à **ELISCAP Prévoyance BP 80188, 59832 Lambersart Cedex** (par l'intermédiaire de votre entreprise)

Centre de Gestion : _____ Contrat n° : _____ Compagnie/Institution /Mutuelle : _____

ENTREPRISE: _____

Adresse : _____

Code Postal : ____ VILLE : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : ____/____/____ Date d'affiliation au contrat : ____/____/____

COLLEGE ADHERENT : CADRE AGENT DE MAITRISE NON CADRE AUTRE _____

SALARIE Nom : Mr Mme Mle _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Code Postal : ____ VILLE : _____

Adresse E mail : _____

N° Sécurité Sociale : _____ / _____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie Maritale Nombre Enfants à charge : ____

Le conjoint immatriculé bénéficie-t-il d'une autre complémentaire santé oui / non

Bénéficiaires	NOM & Prénom	N° Séc.Soc.	Né(e) le
Conjoint			
1 ^{er} enfant à charge			
2 ^{ème} enfant à charge			
3 ^{ème} enfant à charge			
4 ^{ème} enfant à charge			

TELETRANSMISSION

- J'accepte, afin d'accélérer le règlement de mes prestations complémentaires, que ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie transmette directement mes décomptes à par procédure informatique ;**
- Je refuse toute transmission d'information entre la mutuelle et ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie.**

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / 2008 Signature : _____

La loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés s'applique aux informations recueillies à l'occasion de l'adhésion au présent régime. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du centre de gestion.

N'OUBLIEZ PAS DE NOUS JOINDRE Votre RIB, ainsi que la copie de l'attestation délivrée avec la Carte Vitale, et celles du conjoint et des enfants ayant leur propre immatriculation

Besoin d'information ? tél : 03 62 72 22 91 ou contact@eliscap-prevoyance.com