Formulaire d'adhésion

Maintenu

MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIÉTÉ GÉNÉRALE
N° SIREN : 784 410 805 – SIÈGE SOCIAL : 29 BOULEVARD HAUSSMANN – 75009 PARIS
ADRESSE POSTALE : SOCIÉTÉ GÉNÉRALE – MUTUELLE DU PERSONNEL – 75886 PARIS CEDEX 18
SITE INTERNET : WWW. MUTUELLE-SG.COM

Je soussigné(e) **(NOM et PRÉNOM)** _____

NOM de jeune fille (éventuellement) _____

Adresse personnelle _____

Date de naissance _____ Situation de famille _____

Numéro d'assuré social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Centre AMO (Assurance maladie obligatoire) **(figure sur l'attestation de carte Vitale)** | | |

Date de départ du Groupe Société Générale _____

E-mail _____

La Mutuelle Société Générale reçoit automatiquement les informations de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. En cas de refus, cochez la case : ☐

☐ Pour le traitement administratif de mon dossier, j'accepte que les informations saisies sur ce formulaire soient utilisées par la Mutuelle Société Générale.

☐ Je déclare avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Mutualiste ainsi que des conditions d'éligibilité et demande mon maintien dans le respect des conditions statutaires. Mon adhésion maintiendra automatiquement les membres de ma famille déjà couverts par le contrat au moment de mon départ. En cas de refus, je vous joins une demande de radiation(1).

☐ Pour maintien provisoire à compter du _____ OU ☐ Pour maintien définitif sans limitation à compter du _____

☐ J'ai bien noté que, conformément à l'article 66.1 des Statuts, ma demande devra être formulée au maximum dans les 6 mois suivant mon départ de Société Générale. Les cotisations seront prélevées mensuellement à terme échu sur mon compte bancaire.

☐ Je déclare avoir pris connaissance du DIPA (document d'information sur le produit de l'assurance).

(1) Formulaire de radiation à remplir ou à télécharger sur le site www.mutuelle-sg.com

Fait à _____

Le _____

Signature

Joindre obligatoirement une photocopie :

- **Mandat SEPA avec IBAN/BIC**
- **RIB**
- **Attestation de droits à l'Assurance Maladie Obligatoire (en cas de changement d'adresse ou d'appartenance au régime local dit « Alsace/ Moselle »)**
- **En cas de maintien provisoire, la photocopie du justificatif de prise en charge par le régime d'assurance chômage**

Conformément aux articles 15, 16, 17 et 20 du Règlement Général sur la Protection des Données entré en vigueur le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données personnelles exerçable en contactant le Délégué à la Protection des Données – Mutuelle du personnel du groupe Société Générale – 75886 Paris Cedex 18.