



# Bulletin d'adhésion

Membre Union

**viamut**RÉSERVÉ À  
LA MUTUELLE

N° Adhérent :

Date d'adhésion :

Stage :

 OUI  NON

## Personnes couvertes par la garantie\*

### Adhérent(e)

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A quelle caisse est-il affilié ?  Caisse de prévoyance N° \_\_\_\_\_ Sécurité sociale ou autre régime N° \_\_\_\_\_Situation familiale  marié  célibataire  concubin  divorcé  veufRégime d'affiliation  actif SNCF  contractuel SNCF  filiale groupe SNCF  retraité SNCF autres situations : profession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### Conjoint(e) Concubin(e)

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A quelle caisse est-il affilié ?  Caisse de prévoyance N° \_\_\_\_\_ Sécurité sociale ou autre régime N° \_\_\_\_\_Régime d'affiliation  actif SNCF  contractuel SNCF  filiale groupe SNCF  retraité SNCF ayant droit adhérent  autres situations : \_\_\_\_\_

### Enfants

Nom - Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Régime \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale2. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale3. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale4. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale

## Couverture choisie : formule 1 formule 2 formule 3

Pour les cheminots actifs

Libre choix médecin Médecin SNCF 

J'autorise Mutuelle Entrain à traiter en télétransmission \* par échanges informatisés avec l'organisme d'assurance maladie dont je relève.

J'autorise Mutuelle Entrain à prélever le montant de mes cotisations :

 Par précompte sur mon salaire ou sur ma retraite Sur mon Compte Bancaire ou Postal : (autres situations) - remplir les autorisations ci-jointes -

Le montant de la cotisation annuelle TTC (toutes taxes comprises) comprend en inclusion une garantie assistance à la vie quotidienne assurée par Mondial Assistance (voir notice d'information). Les modalités et les conditions d'application de la garantie complémentaire santé sont explicitées dans le Règlement Mutualiste de Mutuelle Entrain.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Mutualiste de Mutuelle Entrain qui lui ont été remis préalablement à son adhésion.

EXTRAIT : L'adhérent a pris connaissance que son adhésion prend effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelable par tacite reconduction d'année civile en année civile. Conformément à l'article L 221-10 du code de la mutualité, la résiliation du contrat ne peut intervenir que par envoi d'une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance (31 décembre de chaque année).

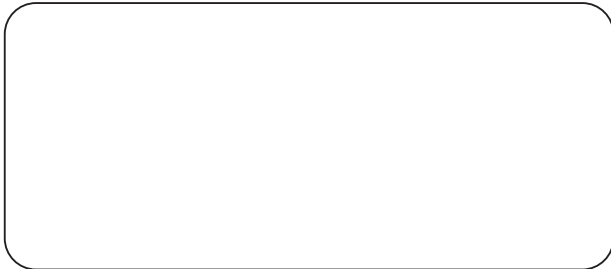
Fait en deux exemplaires

L'adhérent :

à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature



# Bulletin d'adhésion



Membre Union

## viamut

RÉSERVÉ À  
LA MUTUELLE

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Date d'adhésion : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Stage :

OUI  NON

## Personnes couvertes par la garantie\*

### Adhérent(e)

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A quelle caisse est-il affilié ?  Caisse de prévoyance N° \_\_\_\_\_

Sécurité sociale ou autre régime N° \_\_\_\_\_

Situation familiale  marié  célibataire  concubin  divorcé  veuf

Régime d'affiliation  actif SNCF  contractuel SNCF  filiale groupe SNCF  retraité SNCF

autres situations : profession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### Conjoint(e) Concubin(e)

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A quelle caisse est-il affilié ?  Caisse de prévoyance N° \_\_\_\_\_

Sécurité sociale ou autre régime N° \_\_\_\_\_

Régime d'affiliation  actif SNCF  contractuel SNCF  filiale groupe SNCF  retraité SNCF

ayant droit adhérent  autres situations : \_\_\_\_\_

### Enfants

Nom - Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Régime \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale

2. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale

3. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale

4. \_\_\_\_\_  Caisse de prévoyance  Sécurité sociale

## Couverture choisie : formule 1 formule 2 formule 3

Pour les cheminots actifs  Libre choix médecin  Médecin SNCF

J'autorise Mutuelle Entrain à traiter en télétransmission \* par échanges informatisés avec l'organisme d'assurance maladie dont je relève.

J'autorise Mutuelle Entrain à prélever le montant de mes cotisations :

Par précompte sur mon salaire ou sur ma retraite

Sur mon Compte Bancaire ou Postal : (autres situations) - remplir les autorisations ci-jointes -

Le montant de la cotisation annuelle TTC (toutes taxes comprises) comprend en inclusion une garantie assistance à la vie quotidienne assurée par Mondial Assistance (voir notice d'information). Les modalités et les conditions d'application de la garantie complémentaire santé sont explicitées dans le Règlement Mutualiste de Mutuelle Entrain.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Mutualiste de Mutuelle Entrain qui lui ont été remis préalablement à son adhésion.

EXTRAIT : L'adhérent a pris connaissance que son adhésion prend effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelable par tacite reconduction d'année civile en année civile. Conformément à l'article L 221-10 du code de la mutualité, la résiliation du contrat ne peut intervenir que par envoi d'une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance (31 décembre de chaque année).

Fait en deux exemplaires

L'adhérent :

à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature