



AYANT DROIT SÉCURITE SOCIALE

BULLETIN DE RATTACHEMENT

À REMPLIR PAR LE SERVICE

Réf. Gilda : _____

MEMBRE PARTICIPANT (merci de remplir ce document EN LETTRES CAPITALES)

N° Sécurité sociale

Nom (usuel)

Prénom

Nom de jeune fille

N° Adhérent

Adresse

Tél perso/port.

E mail :

Mutuelle de rattachement* : (cf. verso)

MAI

MT

MDD

INSEE

Caisse Sécurité sociale :

MFPS

CPAM ou autres régimes

JE DEMANDE LE RATTACHEMENT DES PERSONNES MENTIONNÉES CI-DESSOUS

À compter du (1^{er} jour du mois)

PERSONNES À GARANTIR AU TITRE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Nom/Prénom :

Sexe

M

F

Né(e) le

Marié(e)

Pacsé(e)

Concubin(e)

date

Nom/Prénom :

Enfant

Sexe

M

F

Né(e) le

Nom/Prénom :

Enfant

Sexe

M

F

Né(e) le

Nom/Prénom :

Enfant

Sexe

M

F

Né(e) le

PIÈCES À JOINDRE :

- Copie de votre attestation de droits justifiant le rattachement de votre bénéficiaire en qualité d'ayant droit Sécurité sociale
- RIB

À

Le

Signature





AYANT DROIT SECURITÉ SOCIALE

BULLETIN DE RATTACHEMENT

À REMPLIR PAR LE SERVICE

Réf. Gilda : _____

MEMBRE PARTICIPANT (merci de remplir ce document EN LETTRES CAPITALES)

Exemplaire adhérent

N° Sécurité sociale

Nom (usuel) Prénom

Nom de jeune fille N° Adhérent

Adresse

Tél perso/port. E mail :

Mutuelle de rattachement* : (cf. verso) MAI MT MDD INSEE

Caisse Sécurité sociale : MFPS CPAM ou autres régimes

JE DEMANDE LE RATTACHEMENT DES PERSONNES MENTIONNÉES CI-DESSOUS

À compter du (1^{er} jour du mois)

PERSONNES À GARANTIR AU TITRE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Nom/Prénom : Sexe M F Né(e) le

Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) date

Nom/Prénom : Enfant Sexe M F Né(e) le

Nom/Prénom : Enfant Sexe M F Né(e) le

Nom/Prénom : Enfant Sexe M F Né(e) le

PIECES À JOINDRE :

- Copie de votre attestation de droits justifiant le rattachement de votre bénéficiaire en qualité d'ayant droit Sécurité sociale
- RIB

À Le

Signature



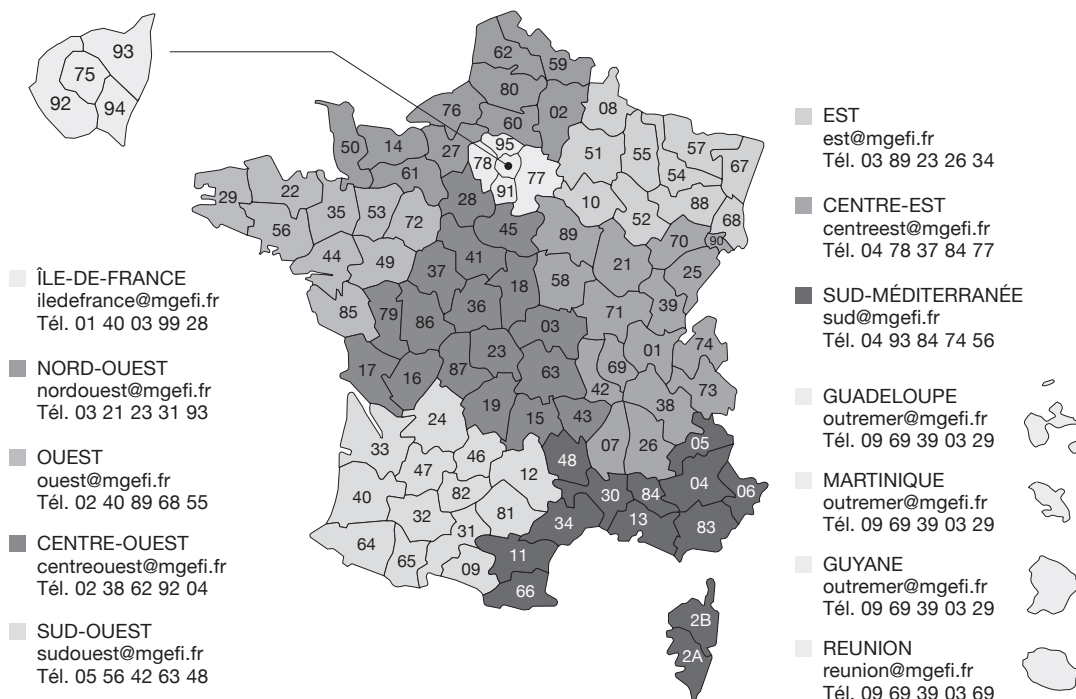


La MGEFI, à votre écoute

**Besoin d'informations ou de renseignements,
n'hésitez pas à contacter
votre conseiller mutualiste
et à visiter le site de la MGEFI.**

Dans chaque région, une équipe de conseillers mutualistes vous oriente et vous aide dans vos démarches. Vous pouvez joindre votre conseiller mutualiste par tout moyen à votre disposition : messagerie électronique, courrier, téléphone. Vous pouvez également le rencontrer sur rendez-vous, ou lors des accueils sur les sites administratifs.

Notre réseau de conseillers mutualistes*



*Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe

MGEFI ASSISTANCE À DOMICILE

7j/7j-24h/24h

05 49 34 82 48

coût de la communication selon tarification France Télécom

* MAI (Impôts et Industrie et recherche) SIREN 341 230 381. * MT (Comptabilité publique, DGCCRF et Imprimerie nationale) SIREN 778 147 132.

* MDD (Douanes) SIREN 775 676 158. * INSEE SIREN 775 666 266

Mutuelles régies par le Code de la mutualité.

Délai de renonciation : vous gardez pendant les 14 jours calendaires qui suivent la date de signature de votre bulletin d'adhésion, la possibilité de revenir sur votre décision en adressant à la MGEFI un courrier le précisant (bordereau de rétractation disponible sur le site www.mgefi.fr)