

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Exemplaire à nous retourner avec votre relevé d'identité bancaire IBAN et la photocopie de votre attestation Sesam-Vitale.

Numéro de contrat collectif à adhésion facultative : 0000104NR1

DOM0038 DOM0038.1 (Module Arcelor)

Date d'adhésion souhaitée :

Avez vous déjà adhéré à la CCMO ? Si oui, N° mutuelle :

Souhaitez-vous une attestation de régime entreprise obligatoire Oui Non



ArcelorMittal

CCMO Mutuelle

Siège social et correspondance
6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé
CS 50993 60014 Beauvais Cedex

Tél : 03 44 06 90 00

Fax : 03 44 06 90 01

Site : www.ccmo.fr

Courriel : adhésion@ccmo.fr

Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité N° 780508073

ADHÉRENT

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le : N° SS : REFUS ECHANGE NOEMIE

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droits de votre Régime obligatoire

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Courriel :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

BENEFICIAIRES

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :		<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> AUTRES	<input type="checkbox"/> REFUS ECHANGE NOEMIE
-------	----------	------------	---------	--	-----------------------------	---------------------------------	---

Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de droits de votre Régime obligatoire ainsi que des personnes à assurer ci-dessous

Personnes à charges (enfants, ...)

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :		<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> AUTRES	<input type="checkbox"/> REFUS ECHANGE NOEMIE
-------	----------	------------	---------	--	-----------------------------	---------------------------------	---

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :		<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> AUTRES	<input type="checkbox"/> REFUS ECHANGE NOEMIE
-------	----------	------------	---------	--	-----------------------------	---------------------------------	---

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :		<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> AUTRES	<input type="checkbox"/> REFUS ECHANGE NOEMIE
-------	----------	------------	---------	--	-----------------------------	---------------------------------	---

Nom :	Prénom :	Né(e) le :	N° SS :		<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> AUTRES	<input type="checkbox"/> REFUS ECHANGE NOEMIE
-------	----------	------------	---------	--	-----------------------------	---------------------------------	---

Après avoir pris connaissance des statuts, du Règlement mutualiste et de la notice d'information, je déclare adhérer ainsi que les personnes ci-dessus désignées, aux garanties indiquées et aux conditions du contrat collectivité, auprès de CCMO Mutuelle. Je m'engage à respecter un sociétariat minimum d'un an [sauf en cas de contrat obligatoire souscrit par l'entreprise]. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion du régime complémentaire frais de santé ci-avant désigné. Les destinataires des données sont CCMO Mutuelle et les caisses d'assurance maladie du Régime obligatoire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, que je peux exercer en m'adressant à CCMO Mutuelle, service juridique, 6 avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé – CS 50993 – 60014 BEAUVAIS Cedex. Je peux également, pour des motifs légitimes, m'opposer au traitement des données me concernant.

Sauf notification expresse de ma part, j'accepte que le règlement de mes prestations soit effectué par télétransmission entre CCMO Mutuelle et le Régime obligatoire dont je dépends.

À :, le

Signature précédée de mention «lu et approuvé» :

Cachet du CE d'ArcelorMittal