

**Entraide Mission Internationale****Bulletin d'Affiliation**

AUX CERTIFICATS D'ADHESION N° 10223/00 - 10223/01 - 10223/02

L'Adhérent(e) :

Représentée par le responsable du groupe EMI :
Numéro de groupe EMI :Fonction :
Téléphone :
Email :

Demande par la présente l'affiliation de :

Nom :	Prénom :
Date de Naissance : ___ / ___ / _____	Sexe :
Adresse en France / à l'étranger :	

Au certificat d'adhésion n° 10 223 /00,

A compter du : ___ / ___ / _____ jusqu'au ___ / ___ / _____
Et du : ___ / ___ / _____ jusqu'au ___ / ___ / _____
Motif du déplacement :

Par tranche de 15 jours pour une durée maximum de 12 mois

Au certificat d'adhésion n° 10 223 /01,

A compter du : ___ / ___ / _____ jusqu'au ___ / ___ / _____
Et du : ___ / ___ / _____ jusqu'au ___ / ___ / _____
Motif du déplacement :

Par tranche de 15 jours pour une durée maximum de 12 mois

Au certificat d'adhésion n° 10 223 /02,

A compter du : ___ / ___ / _____ jusqu'au ___ / ___ / _____
Et du : ___ / ___ / _____ jusqu'au ___ / ___ / _____
Motif du déplacement :

Par tranche de 15 jours pour une durée maximum de 12 mois

INFORMATIONS RELATIVES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS

Coordonnées bancaires :		
Mode de remboursement :	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Virement bancaire (joindre un RIB)
		Devise du compte bancaire :
Nom de la Banque :		
Adresse de la Banque :		
Code Postal :	Ville :	
Pays :		
Nom du Titulaire :	Prénom du Titulaire :	
IBAN / N° Compte :		
ABA / Swift Code :		



Joins à la présente demande d'affiliation, un chèque d'un montant de : _____ Euros.

- les cotisations sont payables d'avance ;
- pour le calcul de la cotisation, toute semaine civile (du lundi 00h00 au dimanche 24h00) commencée est due.

Certifie sur l'honneur que l'assuré ne présente pas de problème de santé particulier et ne vient pas en France ou dans les D.O.M. dans le but de se faire soigner ou hospitaliser.

Reconnaît que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité de l'assurance, conformément aux Articles L 113-8 nullité du contrat et Article L 113-9 du Code des Assurances.

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce bulletin d'affiliation, et de le retourner signé à
MOBILITY BENEFITS centre de gestion de PREVINTER – 82, rue Villeneuve – 92587 Clichy Cedex – France ou à
enrol@previnter-mb.com

Date de signature : / /

Signature :

Cachet de l'Adhérente :