



SURCOMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ BOUYGUES
BULLETIN D'ADHESION – Nouvelle embauche
Contrat n° 5530 0001 / REF GS 51

Je soussigné(e) :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

N° d'adhérent GRAS SAVOYE..... ou N° de Sécurité sociale

** Numéro mentionné sur carte de Tiers Payant*

ai bien pris connaissance des modalités d'adhésion à la surcomplémentaire. Aussi, je confirme que :

Je souhaite adhérer à la surcomplémentaire. Mon adhésion à ce régime vaut pour moi et pour mes ayants-droit, déjà affiliés à la mutuelle Bouygues.

Mon adhésion prendra effet le

Vous trouverez en annexe le mandat SEPA dûment complété et signé, accompagné de mon RIB (Relevé d'Identité Bancaire ou Postal) pour le prélèvement de mes cotisations détaillées dans le résumé de garanties.

Fait à :

Le :

Signature du salarié :

Bulletin d'adhésion, RIB et mandat SEPA à retourner au choix :

Par mail : **bouygues@grassavoie.com**

Par courrier : GRAS SAVOYE SANTE
TSA 84256
77283 AVON CEDEX