

J'adresse ce formulaire intégralement rempli et signé, accompagné des justificatifs demandés à :

Mutuelle MGC - Service devis & adhésions
2-4, place de l'Abbé G. Hénocque - 75637 PARIS Cedex 13
ou en utilisant l'enveloppe T jointe à ce courrier, sans l'affranchir.

Je soussigné(e) :

Mme M.

Nom : Prénom :

Domicilié(e) au :

Statut : Agent SNCF en activité Agent SNCF retraité

Ayant souscrit la garantie complémentaire santé auprès de la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC),

Garantie souscrite :

Demande, par dérogation aux dispositions du Règlement Mutualiste de la MGC, à procéder au paiement de mes cotisations complémentaire santé auprès de la MGC par prélèvement SEPA sur mon compte bancaire.

Je joins à cet effet le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé, accompagné du RIB/IBAN correspondant.

Je prends note que la MGC me notifiera la date du 1^{er} prélèvement SEPA récurrent dans un délai compris entre 6 et 14 jours calendaires avant son échéance.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à

le Signature de l'adhérent :