

Votre Mutuelle est là pour vous aider dans l'éducation de vos enfants en cas de coup dur !



nombre d'orphelins secourus 51.475

# Adhésion

COMPLÉTER LE BULLETIN...

## MON IDENTITÉ

Mme  M.

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Né (e) le : ...../...../..... Ville de Naissance : .....

## MA SITUATION FAMILIALE

Marié (e)

Célibataire

Autre

Nombre d'enfants :

... moins de 18 ans

... moins 25 ans

Votre correspondant local :

## MES COORDONNÉES

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Adresse courriel : .....@.....

Téléphone : .....

## ...Conditions Générales ...

J'appartiens à la S.N.C.F.

- N° CP : .....

Le prélèvement de la cotisation s'effectuera dans les conditions suivantes à savoir :

- pour un Actif SNCF : **4,80 €** sur solde **mensuelle**,
- pour un Retraité SNCF : **14,40 €** sur pension, (mois de **Janvier, Avril, Juillet, Octobre**).

J'accepte les conditions générales :

A ..... le ..... SIGNATURE

Service / .....

L'adhésion prend effet lors du premier versement.

Un délai de carence est appliqué dans certains cas.

Je n'appartiens pas à la S.N.C.F.

- N° SÉCURITÉ SOCIALE : .....

Le prélèvement de la cotisation s'effectuera dans les conditions suivantes à savoir :

**14,40 €** par **prélèvement sur compte bancaire** (mois de **Janvier, Avril, Juillet, Octobre**).

J'accepte les conditions générales :

A ..... le ..... SIGNATURE

L'adhésion prend effet lors du premier versement.

Un délai de carence est appliqué dans certains cas.

**ATTENTION**  
Compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous désirez un précompte bancaire. ( sans oublier un RIB )

Ce bulletin est à remettre au bénévole de la MOCF de votre entourage ou à faire parvenir à la MOCF, 139 rue du Faubourg Saint-Denis - 75010 PARIS ou par CRT Paris-Est

## LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE - TRIMESTRIEL

.....  
Référence unique du mandat (ne rien inscrire ci-dessus)

### VOTRE NOM

Nom / Prénom du débiteur

### VOTRE ADRESSE

Numéro et nom de la rue

.....  
Code postal Ville

Pays

### LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE

.....  
IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

.....  
BIC - Code international d'identification de votre banque (8 ou 11 caractères)

### NOM DU CRÉANCIER

MUTUELLE DE L'ORPHELINAT DES CHEMINS DE FER FRANÇAIS  
- 139 rue du Fbg St-Denis - 75010 PARIS - France  
FR28ZZZ246662  
Identifiant du créancier

### TYPE DE PAIEMENT

Récurrent

A .....  
Date (JJ/MM/AA) .....

et signature obligatoire :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle de l'Orphelinat des Chemins de fer Français à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle de l'Orphelinat des Chemins de fer Français. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**IMPORTANT** : surtout, n'oubliez pas de joindre avec ce mandat un **RIB (relevé d'identité bancaire)** au format IBAN-BIC

**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**  
 En application de la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ces données pourront être échangées avec d'autres associations, sauf avis contraire de votre part. Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées soient communiquées à d'autres organismes.  
Le délai de rétractation est de 14 jours.