



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Seine-Saint-Denis

Mon numéro : 191015313028675

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

Leopold COLLIN

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

M Leopold COLLIN
30 RUE CATULIENNE
93200 ST DENIS

Le 06/11/2024

PR-12-101

> ADHÉSION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Monsieur COLLIN

Nous avons bien réceptionné les documents transmis afin d'ouvrir votre droit à la Complémentaire santé solidaire.

Votre dossier est incomplet. Nous vous invitons à nous retourner ce courrier accompagné des documents ci-dessous :

- le bulletin d'adhésion à la Complémentaire santé solidaire complété et signé
- l'adhésion au prélèvement mensuel de la participation financière de la Complémentaire santé solidaire, complétée, datée et signée
- un relevé d'identité bancaire correspondant au compte bancaire à débiter
- la lettre d'engagement ci-jointe complétée, datée et signée
- et effectuer en parallèle votre virement d'un montant de 168 euros

À défaut de réponse avant le 01/01/2025, nous ne pourrons pas ouvrir votre droit à la Complémentaire santé solidaire. Une nouvelle demande devra être déposée.

Avec toute mon attention,

Julie T.

Votre correspondant de l'Assurance Maladie

COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE
Engagement de paiement des participations financières

Je soussigné(e) [Nom et Prénom] : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Déclare régler les participations financières dues par mon foyer et déterminées lors de mon adhésion ou de mon renouvellement à la Complémentaire santé solidaire, selon le mode suivant :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre de Madame la Directrice Comptable et Financière de la caisse de Seine Saint Denis

Important : au dos du chèque, indiquer **OBLIGATOIREMENT** :

➤ Votre numéro de sécurité sociale

➤ Votre Référence Unique de Mandat (RUM), cette information figure sur le bulletin d'adhésion au prélèvement mensuel.

Virement bancaire au compte de la CPAM 93 BRED :
IBAN : FR76 1010 7002 2800 2529 1127 220
BIC : BREDFRPPXXX

Important : dans le motif du virement, indiquer « **ADHESION CSS + VOTRE NOM ET PRENOM** »

Je m'engage pendant la durée de mon adhésion annuelle à régler les échéances mensuelles en utilisant le même mode de paiement.

Un échéancier vous sera adressé à réception de cette lettre d'engagement et du montant de la 1^{ère} échéance.

Fait à _____ Le ____/____/____ Signature