

# Bulletin d'adhésion

Les mentions à remplir obligatoirement sont :

- vos coordonnées ;
- votre centre de Sécurité sociale ;
- votre engagement.

Les documents à joindre obligatoirement sont :

- une attestation de droits de la Sécurité sociale (disponible dans votre espace personnel Ameli) ;
- un RIB (afin de nous permettre de verser vos remboursements santé).

Pour vos ayants droit, les documents à joindre obligatoirement sont :

- une photocopie du livret de famille régulièrement tenu à jour, signée, datée et certifiée conforme par vous à l'original ;
- ou, pour le/la concubin(e) ou le/la partenaire de Pacs, une photocopie signée, datée et certifiée conforme à l'original, soit de sa carte nationale d'identité, soit de son passeport, soit de sa carte de résident (ces documents devant être en cours de validité).

## Vos coordonnées

Nom, prénom : ..... Nom d'usage : .....  
Pseudonyme usuel : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Mail : .....  
Date d'affiliation (début de mois) : .....

## Votre centre de Sécurité sociale

### Merci de nous fournir l'attestation de droits à l'Assurance maladie

- Si vous êtes affilié(e) au régime général de la Sécurité sociale :

Numéro de votre CPAM : .....

Votre numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale : .....

- Si vous êtes affilié(e) au régime des travailleurs indépendants (RSI) ou à un autre régime :

Numéro de votre caisse : .....

Votre numéro d'immatriculation à l'organisme conventionné : .....

## Vos ayants droit

À ne remplir que si vous demandez son (leur) affiliation

### Merci de nous fournir les attestations de droits à l'Assurance maladie

	Nom et prénom usuel	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
Conjoint(e)/concubin(e)			
Enfant*			

(\*) Enfant(s) âgé(s) de moins de 27 ans à charge au sens fiscal

## Votre engagement

- ⦿ Je déclare avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement mutualiste de la société et je m'engage à me conformer à toutes les obligations qui en résultent.
- ⦿ J'autorise expressément la société mutualiste à faire recouvrer directement le montant de mes cotisations annuelles sur toutes les sommes réglées par la Sacem et en priorité sur les allocations versées au titre du RAES.
- ⦿ Enfin, je suis informé(e), dans le cadre de l'application du système Noemie, de la communication d'informations à la caisse primaire d'assurance maladie dont je dépends par l'intermédiaire de son centre informatique.

Date :

Signature et écrire la mention "Lu et approuvé" :

## Votre mode de règlement

Je soussigné(e) : .....  
désire que le montant des prestations qui me seront servies par la société mutualiste des auteurs, compositeurs & éditeurs de musique me soit réglé par virement sur mon compte bancaire (joindre un relevé d'identité bancaire).

Signature :

Ces informations sont traitées par la Smacem (responsable de traitement) afin de gérer votre adhésion et dans son intérêt légitime de communiquer avec vous dans ce cadre. Elles sont destinées à la Smacem, à la Sacem et aux organismes sociaux, financiers et fiscaux. Elles sont conservées jusqu'à votre démission, radiation ou départ et pendant les durées de prescriptions légales applicables. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de portabilité que vous pouvez exercer auprès de : Smacem – 225, avenue Charles-de-Gaulle – 92528 Neuilly-sur-Seine Cedex ou par e-mail à [dpo@smacem.fr](mailto:dpo@smacem.fr)