le Ralliement
Mutuelle des Compagnons du Devoir

Mutuelle des Familles
Régime général
pour les Amis et Relations
10, rue Littré - 37000 TOURS
N° RNM : 302 856 240
Tél. : 02 47 64 12 64 - Fax : 02 47 64 03 00
Email : mutuelle@leralliement.fr
www.leralliement.fr

Demande d'adhésion

Le membre participant

À remplir en ***CAPITALES***

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Date de naissance ___ ___ _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél. _____ E-mail _____

N° Sécurité sociale _____

Situation de famille ☐ Célibataire ☐ Marié*(e)* ☐ Veuf*(ve)* ☐ Concubin*(e)* ou Pacsé*(e)* ☐ Séparé*(e)* ☐ Divorcé*(e)*

Profession _____ Régime obligatoire : ☐ Sécurité sociale ☐ TNS ☐ Autre

Je souhaite que ma garantie prenne effet à compter du ___ ___ _____

Choix de ma garantie : ☐ Formule de base ☐ Formule dentaire ☐ Formule plus ☐ Formule medium ☐ Formule confort plus

Options : ☐ Ass. Déc. Inv. A-AB-AC-AD-AE *(adhérent)* ☐ Ass. Déc. Inv. B-C-D-E *(conjoint)* ☐ Chambre particulière 1-2-3-4-5-6

Indemnités Compensatrices :

	Durée de la prestation	Montant de la prestation journalière
Chef de famille		
Conjoint		

Membres de ma famille à garantir

À remplir en ***CAPITALES***

	Nom	Prénom	Régime Obligatoire – Sécurité sociale	Régime Obligatoire – TNS (prof. ind.)	Régime Obligatoire – Régime agricole	N° d'immatriculation Sécurité sociale	Né(e) le	Sexe M	Sexe F
Conjoint Concubin			☐	☐	☐				
1er enfant			☐	☐	☐				
2e enfant			☐	☐	☐				
3e enfant GRATUIT*			☐	☐	☐				
4e enfant GRATUIT*			☐	☐	☐				

* Gratuité pour le 3e enfant et les suivants.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste.

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé" :

Fait à ..... le ___ ___ _____

"ÉTAT DE SANTÉ" : Je soussigné, certifie sur l'honneur, que mon état de santé actuel ou antérieur de même que celui des membres de ma famille mentionnés sur le bulletin d'adhésion familiale, ne sont pas susceptibles d'entraîner une demande de prestation.

Signature :

Fait à ..... le ___ ___ _____

Je bénéficie d'une Complémentaire santé antérieure ☐ oui ☐ non

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le **créancier désigné ci-dessous**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
389619

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom _____ Prénom _____

N° et rue _____

CP _____ Ville _____

Désignation du créancier

LE RALLIEMENT
MUTUELLE des COMPAGNONS du DEVOIR
10, rue Littré - 37000 TOURS

Désignation du compte à débiter

Établissement	Guichet	Codes – N° du compte	Clé RIB

Désignation de l'établissement teneur du compte

Votre banque ou organisme financier

Nom _____

N° et rue _____

CP _____ Ville _____

Date ___ ___ _____

Signature du titulaire du compte à débiter

09BAAMIS

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Conformément à la loi n°78/17, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour ce faire, il vous suffit de nous écrire.