le Ralliement

Mutuelle des Compagnons du Devoir

Mutuelle des Jeunes en Formation
10, rue Littré - 37000 TOURS
N° RNM : 302 856 240
Tél. : 02 47 64 12 64 - Fax : 02 47 64 03 00
Email : mutuelle@le ralliement.fr
www.leralliement.fr

Partenaire des Olympiades des Métiers

worldskills France
42es Olympiades des Métiers

Bulletin d'adhésion

Bulletin d'adhésion spécial Olympiades des Métiers

☐ M. ☐ Mlle

Nom de naissance _____ Prénom _____

Profession _____ ☐ Féminin ☐ Masculin

Je souhaite que ma garantie prenne effet à compter du |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Je suis couvert jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, mon contrat sera renouvelé par tacite reconduction

☐ **Candidats aux sélections régionales**
☐ **Participants aux finales nationales**
☐ **Candidats ou suppléants aux Olympiades des Métiers**

Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

N° Sécurité sociale (obligatoire) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse familiale _____

_____

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Tél. |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| E-mail _____

Fait à ..... le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature de l'intéressé	Signature des parents pour les mineurs	Cachet de l'Etablissement de Formatuion

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

Pièces à fournir

- **Relevé d'identité bancaire pour le virement des prestations.**
- **Copie de l'attestation Carte Vitale pour la liaison directe avec la Sécurité sociale.**
- **Certificat de radiation ou justificatif (copie carte de tiers-payant) de la précédente mutuelle.**

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

11BAJEF

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.