

demande d'adhésion

familles particuliers



TOUTE ADHÉSION DÉBUTE LE 1^{ER} DU MOIS EN COURS

LE MEMBRE PARTICIPANT

À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

M. Mme Mlle

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance

Adresse

Code Postal

Ville

Téléphone

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 basique Formule essentielle Formule sécurité Formule confort Formule sérénité

Options Chambre particulière 1-2-3-4-5-6-7-8 Chambre particulière ambulatoire 9-10

Indemnités journalières

Durée de la prestation

Montant de la prestation journalière

Chef de famille

Conjoint

MEMBRES DE MA FAMILLE À GARANTIR

À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

	Nom	Prénom	Garantie souhaitée					N° immatriculation SS	Né(e) le	Sexe	
			Formule Basique	Formule Essentielle	Formule Sécurité	Formule Confort	Formule Sérénité			M	F
Conjoint / concubin			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 ^{er} enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ^e enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 ^e enfant gratuit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 ^e enfant gratuit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Gratuité pour le 3^e enfant et les suivants.

Je bénéficie d'une Complémentaire santé antérieure oui non

Je souhaite recevoir mes décomptes par email : oui non

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste

J'autorise l'utilisation de mon numéro de sécurité sociale pour les échanges automatisés NOEMIE

PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE ADHÉSION

- Copie de l'attestation de la carte Vitale
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- RIB
- Justificatif de la précédente mutuelle

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

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. Conformément aux articles 20 et 45-3 des Statuts, des modifications peuvent être apportées aux garanties et cotisations après leur notification aux adhérents.

PARRAINAGE: Veuillez indiquer ci-dessous les identifiants de l'adhérent qui vous a recommandé la mutuelle

Nom

Prénom

N° d'adhérent



le ralliement
LE SENS DU DEVOIR POUR VOTRE SANTÉ

leralliement.fr

10 rue Littré 37000 TOURS
tél. : 02 47 64 12 64 • fax : 02 47 64 03 00
email : mutuelle@leralliement.fr
SIREN : 302 856 240

Mutuelle fondée en 1880 par les Compagnons du devoir