

# demande d'adhésion entreprises



TOUTE ADHÉSION DÉBUTE LE 1<sup>ER</sup> DU MOIS EN COURS

**LE MEMBRE PARTICIPANT**

À REMPLIR EN LETTRES CAPITALLES

Nom de l'entreprise

Activité

Code APE

N° Siret

Représentée par

En qualité de

Adresse

Code Postal

Ville

Téléphone

Mobile

E-mail

Je souhaite que ma garantie prenne effet à compter du

- Garantie choisie par l'entreprise
- base Le Ralliement
  - cumul base Le Ralliement + renfort A
  - cumul base Le Ralliement + renfort B
  - cumul base Le Ralliement + renfort C

Effectif cadres

Effectif non cadres

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement mutualiste et du document d'information sur le produit d'assurance

Fait en deux exemplaires à

le

*Signature du souscripteur précédée de la mention « lu et approuvé »*

*Le Ralliement, pour le Président*

**PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE ADHÉSION DE L'ENTREPRISE**

- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé + RIB
- Pour chaque salarié
  - Bulletin d'adhésion « Salarié » complété et signé
  - Attestation de carte Vitale
  - RIB pour les remboursements de soin
  - Mandat de prélèvement SEPA complété et signé + RIB du compte sur lesquels seront effectués les prélèvements si adhésion à des garanties facultatives

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.