demande d'adhésion

salarié adhérent principal

avec prise en charge de l'employeur

TOUTE ADHÉSION DÉBUTE LE 1ER 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)

Nom de l'entreprise ..... N° adhérent de l'entreprise .....

Profession .....

Choix de la garantie adhérent : ☐ **base Le Ralliement** ☐ **renfort A** ☐ **renfort B** ☐ **renfort C**

MEMBRES DE MA FAMILLE À GARANTIR

*À REMPLIR EN **LETTRES CAPITALES***

	Nom	Prénom	Garantie + Renfort				N° immatriculation SS	Né(e) le	Sexe	
			Base	A	B	C			M	F
Conjoint / concubin			☐	☐	☐	☐			☐	☐
1er enfant			☐	☐	☐	☐			☐	☐
2e enfant			☐	☐	☐	☐			☐	☐
3e enfant gratuit			☐	☐	☐	☐			☐	☐
4e enfant gratuit			☐	☐	☐	☐			☐	☐

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

Sauf avis contraire, les décomptes de remboursement sont adressés par e-mail

☐ J'atteste avoir reçu et lu la notice d'information remise par l'employeur ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance

Je souhaite que ma garantie prenne effet le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Fait à ..... le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE ADHÉSION

- Attestation de carte Vitale
- RIB pour les remboursements de soins
- 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.

EFIL / WWW.EFIL.FR / 20190105

le ralliement
LE SENS DU DEVOIR POUR VOTRE SANTÉ

lerallement.fr
10 rue Littré 37000 TOURS
tél. : 02 47 64 12 64 • fax : 02 47 64 03 00
email : mutuelle@lerallement.fr
SIREN : 302 856 240
Mutuelle fondée en 1880 par les Compagnons du devoir