

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 de naissance

Prénom

Nom d'usage

Date de naissance

Adresse

Code Postal

Ville

Téléphone

E-mail

N° sécurité sociale

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

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

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

- 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
 Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance (DIPA)

PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE ADHÉSION

- Copie de l'attestation de la carte Vitale
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Si vous souhaitez un autre mode de règlement de vos cotisations, veuillez contacter la Mutuelle
- 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

