CHORALIS
Mutuelle Le Libre Choix

www.lelibrechoix.fr

Cadre réservé à la mutuelle

FORMULE ASSISTANCE

N°ADHERENT : _____

Conseillère : _____

LE RESPONSABLE DE CONTRAT

NOM : _____ **NOM DE JEUNE FILLE** : _____ **PRENOM** : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **N° IMMATRICULATION** : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

ADRESSE : _____

_____

_____

_____

CODE POSTAL : _____ **VILLE** : _____

TELEPHONE PRIVE : _____ **PORTABLE** : _____

ADRESSE E.MAIL : _____

J'adhère à la garantie CHORALIS ASSISTANCE auprès de la Mutuelle Le Libre Choix pour une cotisation de **0 €**
(en complément de la garantie PROXIME SANTE)

Mon adhésion prend effet le 01/_____ / _____

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle ainsi que les documents spécifiques concernant la garantie CHORALIS ASSISTANCE.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

BAASASC : 06/15

La loi 78.17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.
Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.
La Mutuelle Le Libre Choix est soumise aux dispositions du Livret II du Code de la Mutualité SIREN n° 783747793.
La garantie CHORALIS ASSISTANCE est garantie par GARANTIE ASSISTANCE SA au capital de 1850000€.
Entreprise régie par le Code des Assurances 108 Bureaux de la Colline 92210 SAINT CLOUD.

MUTUALITÉ FRANÇAISE