

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT


Photocopie de la dernière attestation vitale de **chaque bénéficiaire**
 Certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans
 Un relevé d'identité bancaire
 Mandat de prélèvement SEPA (si tout ou partie de votre cotisation est prélevée sur votre compte)

Cadre Réservé à la Mutuelle

N°MLC : _____ / _____
 N°SECTION : _____
 Date d'Adhésion : _____
 FORMULE : _____

COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE - À remplir en lettres CAPITAL

N°SIRET _____ Téléphone _____
 Raison Sociale _____
 Adresse _____
 Code Postal _____ VILLE _____

COORDONNÉES DU SALARIÉ - À remplir en lettres CAPITAL

ADHÉRENT(E)	Nom	Nom de jeune fille	Prénom
Mr Mme Mlle ⁽¹⁾	_____	_____	_____
Né(e) le	_____	N° immatriculation	_____
Adresse	_____	CAISSE	_____
_____	_____	TÉL	_____
_____	_____	MOB	_____
VILLE	_____	Code Postal	_____
EMAIL	_____		

Situation de famille Célibataire Marié(e) Union Libre/Pacs Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve)
 Profession Salarié(e) non cadre Salarié(e) cadre

LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACSE

Nom _____ Prénom _____
 Nom de naissance _____
 Né(e) le _____ N° immatriculation _____

LES ENFANTS

	Nom	Prénom	Né(e) le
Enfant 1	_____	_____	_____
Enfant 2	_____	_____	_____
Enfant 3	_____	_____	_____
Enfant 4	_____	_____	_____
Enfant 5	_____	_____	_____

LA GARANTIE OBLIGATOIRE :

MA COUVERTURE OPTIONNELLE : Je choisis la garantie FORMULE 1 FORMULE 2 FORMULE 3

ADHÉSION

Je demande à bénéficier à compter du _____ du contrat collectif souscrit par mon employeur.
 Je certifie sincères et véritables les renseignements figurant sur ce document et j'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts de la Mutuelle Le Libre Choix, ainsi qu'une notice d'information.

Fait à _____ le _____

Signature du Salarié précédée de la mention «lu et approuvé»

Cachet de l'entreprise