

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT


- ☐ Photocopie de la dernière attestation vitale de **chaque bénéficiaire**
- ☐ Certificat de scolarité ou copie de 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)
- ☐ Fiche de «Devoir de conseil - Détection de besoins» complétée et signée

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	_____	CAISSE	_____
----------	-------	--------------------	-------	--------	-------

Adresse	_____	TÉL	_____
---------	-------	-----	-------

_____	MOB	_____
-------	-----	-------

_____	Code Postal	_____
-------	-------------	-------

VILLE	_____	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	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

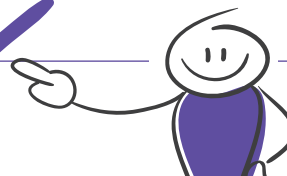
Enfant 3	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Enfant 4	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Enfant 5	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE : ☒
Je souscris une couverture optionnelle le cas échéant ☐

Je reconnais avoir reçu l'information qui me permet, en toute connaissance de cause, de choisir

 la **FORMULE** _____


ADHÉSION

Je demande à bénéficier à compter du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 du contrat collectif souscrit par mon employeur ou de la couverture optionnelle que j'ai choisie.

Je certifie sincères et véritables les informations figurant au recto et au verso de ce document et j'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts, des règlements, de la notice d'information, du document d'information sur le produit d'assurance santé le cas échéant et de la garantie de la mutuelle préalablement à la signature de ce bulletin d'adhésion.

Fait à

le

Cachet de l'entreprise

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

☐ Je refuse de recevoir des informations sur les offres en provenance de la Mutuelle Le Libre Choix.

Conformément à la loi N°2019-733 du 14 juillet 2019, vous bénéficiez d'une faculté de résiliation sur la couverture optionnelle à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité et sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif.

Les informations recueillies sur le bulletin d'adhésion sont enregistrées dans un fichier informatisé par Choralis - Mutuelle Le Libre Choix pour la gestion de votre dossier adhérent. Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation de votre contrat et sont destinées au service gestion de la Mutuelle. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant notre Délégué à la Protection des Données, en écrivant au siège de la Mutuelle, ou par courrier électronique à dpo@lelibrechoix.fr

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire sur : <https://conso.bloctel.fr/>

Le contrat complémentaire santé est garanti par CHORALIS Mutuelle Le Libre Choix soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, SIREN 783 747 793.

Siège social : **Boulevard de l'Europe - CS 30143 - 59602 MAUBEUGE Cedex**



Agence de
FOURMIES

03.27.60.53.02

37 rue St Louis - BP80048
59612 FOURMIES Cedex

SIEGE SOCIAL
Agence de MAUBEUGE

03.27.53.19.90

Boulevard de l'Europe - CS30143
59602 MAUBEUGE Cedex

Agence de
VALENCIENNES

03.27.36.47.93

2 Place du Hainaut
59300 VALENCIENNES