

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT


- ☐ Un extrait KBis de moins de 3 mois
- ☐ Un relevé d'identité bancaire (en cas de prélèvement automatique de vos cotisations)
- ☐ Mandat de prélèvement SEPA (en cas de prélèvement automatique de vos cotisations)

Cadre réservé à la Mutuelle

Date d'effet :

CONSEILLER :

N° groupe/section :

FORMULE BASE :

OPTIONS :


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

Je soussigné(e) agissant en qualité de

demande l'adhésion de l'entreprise que je représente à la Mutuelle Le Libre Choix à compter du

N°SIRET Code NAF

Raison Sociale

Adresse

Code Postal VILLE

Téléphone EMAIL

CCN appliquée ☐ Pas de CCN appliquée


CATEGORIE DE PERSONNEL COUVERT

- ☐ Cadres
- ☐ Non cadres
- ☐ Ensemble du personnel

STRUCTURE DE L'EFFECTIF

Age moyen des salariés : ☐ Moins de 45 ans ☐ Plus de 45 ans

Effectif actif à couvrir : Effectif porté à couvrir :

FORMULE ET TYPE DE COTISATION

Type d'adhésion : ☐ Formule de base obligatoire : ☐ Formules optionnelles proposées :

Type de cotisation : ☐ Unique ☐ Salarié/Conjoint/Enfant ☐ Isolé/Famille ☐ Isolé/Duo/Famille

☐ Autre (préciser) :

Mode de paiement des cotisations : ☐ Prélèvement automatique ☐ Chèque ☐ Virement

Fractionnement : ☐ Mensuel (uniquement si prélèvement automatique) ☐ Trimestriel

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Date d'émission du devis :
 Date d'effet de l'adhésion souhaitée :
MONTANT DE LA COTISATION TOUTES TAXES COMPRISES (en vigueur à la date d'émission du devis)

Type de cotisation	Type d'adhésion (O/F)**	Montant en % du PMSS***	Montant en Euros****

* Unique – Salarié/Conjoint/Enfant – Isolé/famille – Isolé/Duo/Famille. ** O : obligatoire – F : facultatif.

*** Le tarif est exprimé en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : le PMSS évolue chaque année au 1er janvier.

**** Montant en euros donné à titre indicatif.

☐ Je certifie sincères et véritables les renseignements figurant sur ce document et j'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de la Mutuelle Le Libre Choix ainsi qu'une notice d'information que je dois remettre à chaque salarié couvert.

☐ J'autorise la Mutuelle Le Libre Choix à effectuer pour mon compte les démarches de résiliation du contrat frais de santé en cours.

Fait à

 Le
Signature du membre honoraire (l'entreprise)
 précédée de la mention « lu et approuvé »

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

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Sauf avis écrit contraire de votre part, adressé à notre Service Entreprises (Bd de l'Europe – CS30143 – 59602 Maubeuge Cedex), ces informations pourraient être utilisées à des fins de prospection et/ou communiquées à des tiers. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès de ce service, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

Le Libre Choix est une mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité – SIREN 783 747 793 - Siège social : Boulevard de l'Europe – CS 30143 – 59602 Maubeuge Cedex.

Téléphone : 03.27.53.19.90 – Fax : 03.27.53.19.99 - 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/>

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

**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