Mutuelle régie par le code de la Mutualité sous le n°390722452
16 rue Brigade RAC 16000 Angoulême.
tel : 05.45.64.50.88 **fax** : 05.45.64.50.89

BULLETIN D'ADHESION

ENFANT DU PERSONNEL (ACTIF / RETRAITE) de + 26 ANS

1. Je soussigné(e)
Mme ☐ Mr. ☐ Mlle☐ : ……Prénom : ……
Nom de Jeune Fille :……
Né(e) le :…… /……../…… à :…… Nationalité :……....
Demeurant : N°…….. Rue……...
Commune : …….. Code postal :…….
Célibataire ☐ Marié(e) ☐ **adresse e-mail :** ……..
N° Sécurité Sociale : [__]__]__]__]__]__]__]__]__]__]__]__]__] Clé : [__]__]

Nom, Prénom du père ou de la mère :……..
Précisez l'activité du ou des parents : actif(ve) L S ☐ retraité (e) L S ☐
Autre cas ☐
Demande à adhérer à la Mutuelle Leroy-Somer à partir du ……/……./…….

2. Je désire que les membres de ma famille, désignés ci-après, soient inscrits comme membres bénéficiaires à partir du ……/…../……
Conjoint(e) : Nom ……. Prénom :……
Nom de Jeune Fille : ……..
Né(e) le : …../……/…… à : ……. Nationalité :……
N° Sécurité Sociale : [__]__]__]__]__]__]__]__]__]__]__]__]__] Clé : [__]__]

Enfant(s) à charge :

	Nom / Prénom	Date de Naissance	N° SS
1	……..	……	……. ……. ……
2	……..	……	……. ……. …….
3	……..	……	…… …….

L'inscription à la Mutuelle Leroy-Somer ne sera effective que 8 jours après réception de ce bulletin d'adhésion dûment rempli et accompagné des documents suivants :

- ¤ Un certificat de radiation du précédent organisme complémentaire.
- ¤ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- ¤ Une copie de l'attestation de Sécurité Sociale et celle des membres de votre famille à garantir.
- ¤ Une photo d'identité de l'ouvrant droit.

NB : Tout changement de situation (adresse, mariage, compte bancaire, naissance, décès, divorce, etc.) **devra être impérativement et immédiatement signalé aux bureaux de la Mutuelle.**

☐ L'adhérent souscrit aux garanties de la Mutuelle santé proposée, il reconnaît avoir reçu un exemplaire des statuts, du règlement Mutualiste, de la plaquette annuelle des prestations et cotisations pour le contrat auquel il adhère et en avoir accepté les dispositions qu'il s'engage à respecter.

.

☐ L'adhérent assuré adhère à l'allocation FRAIS D'OBSEQUES souscrite par la Mutuelle auprès de L'UNION NATIONALE DE LA PREVOYANCE DE LA MUTUALITE FRANCAISE régie par le code de la Mutualité.Il reconnaît avoir reçu un exemplaire des notices d'information du contrat, en accepte les dispositions et nomme les bénéficiaires suivants en cas de décès : - société de pompes funèbres choisie par la famille
à défaut : - notaire chargé de la succession si frais d'obsèques payés d'avance
à défaut : - et très exceptionnellement la famille sur avis de l'assistante sociale.

Fait à :…….. le :…… /……/…… Signature précédée de la mention :
« Lu et approuvé »