



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité sous le N° 390722452

BULLETIN D’AFFILIATION A LA COMPLEMENTAIRE SANTE
Contrat collectif obligatoire
Le présent document est à remettre à l’entreprise

L’entreprise (à compléter par cette dernière)

N° de contrat : **87/0Q97071**
N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l’assuré(e) : **010**
Date d’effet de l’adhésion : ___ / ___ / _____

Fait à :
Le : ___ / ___ / _____

Signature du responsable et cachet de l’entreprise

L’entreprise LEROY SOMER sera tenue d’informer la Mutuelle LEROY SOMER du départ de l’assuré afin que la Mutuelle LEROY SOMER puisse obtenir la restitution de la carte TERCIANE dans un délai de 15 jours.

L’assuré(e) (à compléter par ce dernier)

Assuré(e) principal(e) : AFFILIATION A TITRE OBLIGATOIRE
Joindre une copie de votre attestation papier de votre carte Vitale (voir explication au dos du présent document)

Nom :
Nom de jeune fille (pour les femmes mariées) :
Prénom : Date de naissance : ___ / ___ / _____
Adresse :
Code postal : _____ Ville :
Téléphone (facultatif) : _____
Adresse électronique (facultatif) :@.....
N° de Sécurité Sociale : _____
N° Matricule (usine): Usine : Date d’Entrée LS :/...../.....
En Contrat : CQP CDI CDD
Statut : Ouvrier(e) Employé(e) Maîtrise Cadre

Personnes pour lesquelles je désire adhérer : AFFILIATION A TITRE FACULTATIF
Joindre une copie de leur propre attestation papier de carte Vitale (sauf s’ils sont inscrits sur votre attestation de carte Vitale).

	NOM	PRENOM	Date de Naissance	N° Sécurité Sociale
Conjoint(e) ou concubin(e) <i>(lié(e) ou non par PACS)</i>				
1er enfant				
2ème enfant				
3ème enfant				
4ème enfant				

Si vous avez plus de 4 enfants, merci de bien vouloir nous l’indiquer sur papier libre à joindre au présent bulletin



Je déclare sur l'honneur que la personne citée en cas de concubinage, a bien la qualité de concubin(e) et que celles citées dans le tableau sont bien à ma charge, c'est-à-dire sont inscrites sur mon attestation de carte Vitale et me sont rattachées fiscalement.

Cette déclaration est soumise aux articles L 932.7 et L 932.16 du Code de la Sécurité Sociale relatifs à la réticence intentionnelle ou fausse déclaration du participant.

Je m'engage par ailleurs à utiliser la carte Santé Terciane dans les conditions définies au contrat, à la restituer sans délai si je venais à quitter l'entreprise et à rembourser la Mutuelle LEROY SOMER de toute somme indûment avancée pour mon compte.

Date : ___ / ___ / _____

Signature du salarié(e)

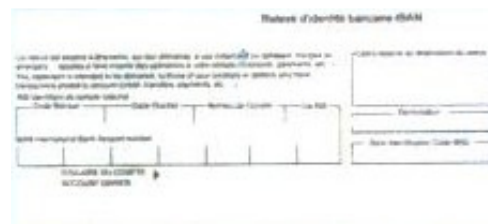
PIECES A JOINDRE



- 🔗 **Photocopie de votre attestation vitale**
- 🔗 **Photocopie de celle de votre conjoint(e) ou concubin(e)**
- 🔗 **Photocopie de celle sur laquelle figurent vos enfants et/ou personne à charge (sauf si ces informations figurent sur votre propre attestation carte Vitale)**

🔗 **Un relevé d'identité bancaire ou postal, pour le versement de vos prestations**

Si vous souhaitez que les prestations du ou des bénéficiaires de votre contrat soient versées sur un compte différent, merci de bien vouloir nous joindre le(s) relevé(s) d'identité bancaire ou postal correspondant(s) en nous précisant le nom du bénéficiaire concerné.



Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :

05.45.64.50.88 ou 05.45.64.52.09

Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant sur notre fichier. Chaque assuré bénéficiant du règlement complémentaire suite à un échange informatique entre le régime de base et la Mutuelle LEROY SOMER pourra accéder, selon sa demande, aux informations données par la Mutuelle LEROY SOMER au régime de base. Il pourra à tout moment, s'il le désire, demander à la Mutuelle LEROY SOMER l'arrêt des échanges informatiques de données le concernant.