



Demande d'adhésion ou d'ajout d'un bénéficiaire.

(Salarié et/ou bénéficiaire)

Joindre obligatoirement :

- 1 - Un Rib
- 2 - Une photocopie de l'attestation de la carte vitale de chaque membre de la famille, si différente

IDENTIFICATION ENTREPRISE

N° de contrat :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Catégorie assurée :

Identification de la famille

N° Adhérent :

A remplir en cas d'ajout de bénéficiaire

Nom du (de la) salarié(e) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Tél. pro :

Composition de la famille

(Pour les adjonctions, indiquer seulement les nouveaux bénéficiaires)

Composition de la famille (Pour les adjonctions, indiquer seulement les nouveaux bénéficiaires)	Date de naissance	Sexe	Situation familiale	Date effet adhésion	Liaison Noemie avec CPAM(1)
Salarié(e) Prénom : Nom jeune fille : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre :	/ /	<input type="checkbox"/> Oui
Conjoint(e) Prénom : Nom jeune fille : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre :	/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité) Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Cochez «Non» si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission automatique avec la Sécurité Sociale (cas où vous auriez déjà une première mutuelle)

Commentaires :

Nous certifions exacts et complets les renseignements fournis

SIGNATURE DU SALARIÉ :

SIGNATURE ET CACHET DU SOUSCRIPTEUR :

Fait le :

Ce document est conforme à la réglementation en vigueur à la CNIL. **IMPORTANT** : Seule votre carte adhérent atteste votre affiliation à la MCLR.



37 bd. Vivier Merle 69003 LYON
 Tél. : 04 72 68 73 73 - Fax : 04 72 68 73 76 - www.mclr.fr
 Régie par le code de la mutualité sous le numéro 308 708 650

Conformément à la loi du 8.01.1978 vous pouvez avoir accès ou faire effacer les informations vous concernant en nous contactant.

Demande d'adhésion ou d'ajout d'un bénéficiaire.

(Salarié et/ou bénéficiaire)

Joindre obligatoirement :

- 1 - Un Rib
- 2 - Une photocopie de l'attestation de la carte vitale de chaque membre de la famille, si différente

IDENTIFICATION ENTREPRISE

N° de contrat :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Catégorie assurée :

Identification de la famille

N° Adhérent :

A remplir en cas d'ajout de bénéficiaire

Nom du (de la) salarié(e) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Tél. pro :

Composition de la famille

(Pour les adjonctions, indiquer seulement les nouveaux bénéficiaires)

Composition de la famille (Pour les adjonctions, indiquer seulement les nouveaux bénéficiaires)	Date de naissance	Sexe	Situation familiale	Date effet adhésion	Liaison Noemie avec CPAM(1)
Salarié(e) Prénom : Nom jeune fille : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre :	/ /	<input type="checkbox"/> Oui
Conjoint(e) Prénom : Nom jeune fille : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre :	/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité) Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Cochez «Non» si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission automatique avec la Sécurité Sociale (cas où vous auriez déjà une première mutuelle)

Commentaires :

Nous certifions exacts et complets les renseignements fournis

SIGNATURE DU SALARIÉ :

SIGNATURE ET CACHET DU SOUSCRIPTEUR :

Fait le :

Ce document est conforme à la réglementation en vigueur à la CNIL. **IMPORTANT** : Seule votre carte adhérent atteste votre affiliation à la MCLR.



37 bd. Vivier Merle 69003 LYON
 Tél. : 04 72 68 73 73 - Fax : 04 72 68 73 76 - www.mclr.fr
 Régie par le code de la mutualité sous le numéro 308 708 650

Conformément à la loi du 8.01.1978 vous pouvez avoir accès ou faire effacer les informations vous concernant en nous contactant.



Demande d'adhésion ou d'ajout d'un bénéficiaire.

(Salarié et/ou bénéficiaire)

Joindre obligatoirement :

- 1 - Un Rib
- 2 - Une photocopie de l'attestation de la carte vitale de chaque membre de la famille, si différente

IDENTIFICATION ENTREPRISE

N° de contrat :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Catégorie assurée :

Identification de la famille

N° Adhérent :

A remplir en cas d'ajout de bénéficiaire

Nom du (de la) salarié(e) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Tél. pro :

Composition de la famille

(Pour les adjonctions, indiquer seulement les nouveaux bénéficiaires)

Composition de la famille (Pour les adjonctions, indiquer seulement les nouveaux bénéficiaires)	Date de naissance	Sexe	Situation familiale	Date effet adhésion	Liaison Noemie avec CPAM(1)
Salarié(e) Prénom : Nom jeune fille : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre :	/ /	<input type="checkbox"/> Oui
Conjoint(e) Prénom : Nom jeune fille : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre :	/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité) Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Cochez «Non» si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission automatique avec la Sécurité Sociale (cas où vous auriez déjà une première mutuelle)

Commentaires :

Nous certifions exacts et complets les renseignements fournis

SIGNATURE DU SALARIÉ :

SIGNATURE ET CACHET DU SOUSCRIPTEUR :

Fait le :

Ce document est conforme à la réglementation en vigueur à la CNIL. **IMPORTANT** : Seule votre carte adhérent atteste votre affiliation à la MCLR.

