



**Demande d'adhésion
ou d'ajout d'un bénéficiaire**
Salarié et/ou bénéficiaire(s)

Joindre obligatoirement :

- 1 - Un Rib
- 2 - Une photocopie de l'attestation de la carte vitale de chaque membre de la famille, si différente
- 3 - Un exemplaire de la notice données personnelles approuvée et signée.

Identification Entreprise

N° de contrat :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Niveau de garanties choisi :

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)	Date de naissance jj / mm / aaaa	Sexe	Situation familiale	Date effet adhésion mm / aaaa	Liaison Noemie avec CPAM(1)
Salarié(e) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	01 / /	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint(e) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / /	<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.

Fait le : Signature du salarié : Signature et cachet du souscripteur :

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





**Demande d'adhésion
ou d'ajout d'un bénéficiaire**
Salarié et/ou bénéficiaire(s)

Joindre obligatoirement :

- 1 - Un Rib
- 2 - Une photocopie de l'attestation de la carte vitale de chaque membre de la famille, si différente
- 3 - Un exemplaire de la notice données personnelles approuvée et signée.

Identification Entreprise

N° de contrat :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Niveau de garanties choisi :

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)	Date de naissance jj / mm / aaaa	Sexe	Situation familiale	Date effet adhésion mm / aaaa	Liaison Noemie avec CPAM(1)
Salarié(e) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	01 / .. / ..	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint(e) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	01 / .. / ..	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / .. / ..	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / .. / ..	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) : / /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / .. / ..	<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.

Fait le :

Signature du salarié :

Signature et cachet du souscripteur :

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



**Demande d'adhésion
ou d'ajout d'un bénéficiaire**
Salarié et/ou bénéficiaire(s)

Joindre obligatoirement :

- 1 - Un Rib
- 2 - Une photocopie de l'attestation de la carte vitale de chaque membre de la famille, si différente
- 3 - Un exemplaire de la notice données personnelles approuvée et signée.

Identification EntrepriseN° de contrat :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Niveau de garanties choisi :

Identification de la familleN° 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)	Date de naissance jj / mm / aaaa	Sexe	Situation familiale	Date effet adhésion mm / aaaa	Liaison Noemie avec CPAM(1)
Salarié(e) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	01 / /	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint(e) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité) Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom : Nom : N° de Sécurité Sociale (si différent) :	/ /	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	-	01 / /	<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.

Fait le :

Signature du salarié :

Signature et cachet du souscripteur :

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