

**Joindre obligatoirement :**

- 1 - Un RIB pour le versement de vos prestations,
- 2 - une photocopie de l'attestation vitale papier pour chaque membre de la famille,
- 3 - un exemplaire de la notice « données personnelles » approuvé et signé.

**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, Prénom du (de la) salarié(e) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Tél pro : .....

<b>Composition de la famille</b> (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)
<b>Salarié(e)</b> 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(f)(ve)	01 / /	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Conjoint(e)</b> 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(f)(ve)	01 / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Enfant(s) à charge (+18 ans joindre certificat de scolarité)</b> 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)

Nous certifions exacts et complets les renseignements fournis.

Fait le : ..... Signature du salarié :

Signature et cachet du souscripteur :

**IMPORTANT :** Seule votre carte d'adhérent atteste votre affiliation à la MCLR.