

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT**



Un extrait KBis de moins de 3 mois  
Un relevé d'identité bancaire (en cas de prélèvement automatique de vos cotisations)  
Mandat de prélèvement SEPA (en cas de prélèvement automatique de vos cotisations)

Cadre Réservé à la Mutuelle  
N°SECTION : \_\_\_\_\_



**COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE - À remplir en lettres CAPITAL**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
demande l'adhésion de l'entreprise que je représente à la Mutuelle Le Libre Choix à compter du \_\_\_\_\_  
N°SIRET \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_  
Raison Sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
CCN appliquée \_\_\_\_\_



**CATEGORIE DE PERSONNEL COUVERT - Les exceptions sont à inscrire dans la rubrique « informations complémentaires »**

- Cadres (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)  
 Cadres et articles 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)  
 Non cadres (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)  
 Ensemble du personnel  
 Autres\* : \_\_\_\_\_

\*les critères utilisés pour définir cette catégorie doivent être conformes aux dispositions de l'article R242-1-1 du Code de la Sécurité sociale

**STRUCTURE DE L'EFFECTIF**

Age moyen des salariés :  Moins de 45 ans  Plus de 45 ans

Effectif actif à couvrir : \_\_\_\_\_ Effectif porté à couvrir : \_\_\_\_\_

**FORMULE ET TYPE DE COTISATION**

Formule \_\_\_\_\_

Type d'adhésion :  Obligatoire  Facultative

Type de cotisation :  Unique  Isolé/Famille  Autre : \_\_\_\_\_

Mode de paiement des cotisations :  Prélèvement automatique  Chèque  Virement

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Date d'émission du devis :**

**Date d'effet de l'adhésion souhaitée :**

**Cadre Réservé à la Mutuelle**

**DATE D'ADHESION :**

**MONTANT DE VOTRE COTISATION**

Type de cotisation	Montant en % du PMSS*	Montant en Euros**
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Taux en vigueur à la date d'émission du devis et garantis 6 mois, taxes comprises (Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance de 7% au 01/10/2011 et Taxe de Solidarité Additionnelle de 6,27 %), appliquées sur la cotisation de base. Evolution possible en cas de modification législative ou réglementaire impactant les Mutuelles. Le tarif est exprimé en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : le PMSS évolue chaque année au 1er janvier.

\*\* Montants en euros donnés à titre indicatif.

**ADHÉSION**

Je certifie sincères et véritables les renseignements figurant sur ce document et j'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de la Mutuelle Le Libre Choix ainsi qu'une notice d'information que je dois remettre à chaque salarié couvert.

Fait à  le

**Signature du membre honoraire (l'entreprise)**  
précédée de la mention «lu et approuvé»

**Votre conseiller**