

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

