

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT**


- ☐ Photocopie de la dernière attestation vitale de **chaque bénéficiaire**
- ☐ Certificat de scolarité ou copie de contrat d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans
- ☐ Un relevé d'identité bancaire
- ☐ Mandat de prélèvement SEPA (si tout ou partie de votre cotisation est prélevée sur votre compte)
- ☐ Fiche de «Devoir de conseil - Détection de besoins» complétée et signée

**Cadre Réservé à la Mutuelle**
**N°MLC :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**N°SECTION :** \_\_\_\_\_

**Date d'Adhésion :** \_\_\_\_\_

**FORMULE :** \_\_\_\_\_

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

N°SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Raison Sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_


**COORDONNÉES DU SALARIÉ - À remplir en lettres CAPITAL**

ADHÉRENT(E)	Nom	Nom de jeune fille	Prénom
Mr Mme Mlle <sup>(1)</sup>	_____	_____	_____
Né(e) le	_____	N° immatriculation	_____
CAISSE	_____		
Adresse	_____	TÉL	_____
_____	_____	MOB	_____
_____	_____	Code Postal	_____
VILLE	_____	EMAIL	_____

**Situation de famille** ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Union Libre/Pacs ☐ Divorcé(e)/Séparé(e) ☐ Veuf(ve)  
**Profession** ☐ Salarié(e) non cadre ☐ Salarié(e) cadre

**LE CONJOINT, CONCUBIN OU PACSE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ N° immatriculation \_\_\_\_\_

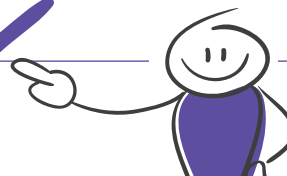
**LES ENFANTS**

	Nom	Prénom	Né(e) le
Enfant 1	_____	_____	_____
Enfant 2	_____	_____	_____
Enfant 3	_____	_____	_____
Enfant 4	_____	_____	_____
Enfant 5	_____	_____	_____

**RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE : ☒**

 Je souscris une couverture optionnelle le cas échéant ☐

Je reconnais avoir reçu l'information qui me permet, en toute connaissance de cause, de choisir

 la **FORMULE** \_\_\_\_\_


## ADHÉSION

Je demande à bénéficier à compter du  du contrat collectif souscrit par mon employeur ou de la couverture optionnelle que j'ai choisie.

Je certifie sincères et véritables les informations figurant au recto et au verso de ce document, j'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts, des règlements, de la notice d'information, du document d'information sur le produit d'assurance santé le cas échéant et de la garantie de la mutuelle préalablement à la signature de ce bulletin d'adhésion et je m'engage à les respecter.

Fait à

le

Cachet de l'entreprise

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

☐ Je refuse de recevoir des informations sur les offres en provenance de la Mutuelle Le Libre Choix.

Conformément à la loi N°2019-733 du 14 juillet 2019, vous bénéficiez d'une faculté de résiliation sur la couverture optionnelle à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité et sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif.

Les informations recueillies sur le bulletin d'adhésion sont enregistrées dans un fichier informatisé par Choralis - Mutuelle Le Libre Choix pour la gestion de votre dossier adhérent. Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation de votre contrat et sont destinées au service gestion de la Mutuelle. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant notre Délégué à la Protection des Données, en écrivant au siège de la Mutuelle, ou par courrier électronique à [dpo@lelibrechoix.fr](mailto:dpo@lelibrechoix.fr)

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire sur : <https://conso.bloctel.fr/>

Le contrat complémentaire santé est garanti par CHORALIS Mutuelle Le Libre Choix soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, SIREN 783 747 793.

Siège social : **Boulevard de l'Europe - CS 30143 - 59602 MAUBEUGE Cedex**



Agence de  
**FOURMIES**

**03.27.60.53.02**

37 rue St Louis - BP80048  
59612 FOURMIES Cedex

**SIEGE SOCIAL**  
**Agence de MAUBEUGE**

**03.27.53.19.90**

Boulevard de l'Europe - CS30143  
59602 MAUBEUGE Cedex

Agence de  
**VALENCIENNES**

**03.27.36.47.93**

2 Place du Hainaut  
59300 VALENCIENNES