

ADHESION D'UN AYANT-DROIT

N° Tél. : 02-32-95-11-49

N° Fax : 02-32-95-11-70

[section.sante.rouvray@
fraternelle-interentreprises.fr](mailto:section.sante.rouvray@fraternelle-interentreprises.fr)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Je soussigné(e), M _____ demande
l'adhésion de

Mon conjoint ou mon concubin *

Mon enfant

Date d'adhésion souhaitée

01 / /

Nom et prénom : _____

Nom jeune fille : _____

Date de naissance : _____

N° Sécurité sociale : _____ Caisse : _____

Prise d'effet de la garantie : La garantie prend effet le premier jour du mois suivant la demande.

PIECES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

- ⇒ Extrait d'acte de naissance (pour une naissance)
- ⇒ Photocopie de l'attestation d'assuré social de la personne à inscrire à la Mutuelle

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à signaler toute modification. Toute fausse déclaration entraînera la radiation immédiate et le remboursement des sommes indûment perçues. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste.

Date :

Signature de l'adhérent :

* **Attention :** Si votre conjoint est âgé de 50 ans et plus, il doit remplir son propre bulletin d'adhésion.

"La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Mutuelle."