

Réservé à PREVI-FRANCE N° contrat Collectif : \_\_\_\_\_ Groupe d'assurés : \_\_\_\_\_ Exemple Mutuelle PréviFrance  
Nom Cial : \_\_\_\_\_ N° Cial : \_\_\_\_\_ Garantie de base : \_\_\_\_\_

Adhésion  Ajout ou changement de renfort optionnel : contrat n° \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Ajout d'ayant(s) droit : \_\_\_\_\_ contrat n° \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## Souscripteur

\* Complétez les informations ci-dessous

### Partie à compléter par l'employeur

Raison sociale \* \_\_\_\_\_ ➔ Date d'adhésion du salarié : 01 / \_\_ / \_\_\_\_  
N° SIRET \* : \_\_\_\_\_

## Adhérent

Madame  Monsieur Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Télétransmission<sup>1</sup>  NON <sup>1</sup> Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de la Sécurité Sociale et de votre autre mutuelle pour être remboursé.  
Groupe assuré :  Ensemble du personnel  Cadre  Non cadre  Retraité  Autres : \_\_\_\_\_

## Ayants droit

J'ai noté que mes ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)) bénéficieront des mêmes garanties que moi-même.

■ Conjoint / concubin / pacsé  Madame  Monsieur Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Télétransmission<sup>1</sup>  NON  
Est-il déjà adhérent à la Mutuelle ?  Oui  Non Souhaite-t-il adhérer ?  Oui  Non

■ Vos enfants et personnes à charge (Enfants de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.)

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	N° de Sécurité Sociale <sup>2</sup>	Situation <sup>3</sup>	Télétransmission <sup>1</sup>
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON

<sup>2</sup> si différent de celui de l'adhérent <sup>3</sup> M : moins de 18 ans ; A : apprenti ; E : étudiant ; D : demandeur d'emploi non rémunéré.

## Vos garanties

Garantie de base : \_\_\_\_\_ Renfort optionnel (si souscrit) : \_\_\_\_\_

■ Paiement par prélèvement bancaire mensuel (RIB obligatoire)  le 5  le 10  le 15 du mois

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et cotisations dues. J'autorise PréviFrance à prélever sur mon compte le montant des cotisations résultant de mon adhésion.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur le compte bancaire désigné par le RIB.**

Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion, les statuts et notice d'information de la Mutuelle et en accepter les dispositions. Je certifie exacts les renseignements donnés et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Signature du salarié



Réservé à PREVI-FRANCE N° contrat Collectif : \_\_\_\_\_ Groupe d'assurés : \_\_\_\_\_ **Exemplaire à conserver**

Nom Cial : \_\_\_\_\_ N° Cial : \_\_\_\_\_ Garantie de base : \_\_\_\_\_

Adhésion  Ajout ou changement de renfort optionnel : contrat n° \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Ajout d'ayant(s) droit : \_\_\_\_\_ contrat n° \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## Souscripteur

\* Complétez les informations ci-dessous

### Partie à compléter par l'employeur

Raison sociale \* \_\_\_\_\_  Date d'adhésion du salarié : 01 / \_\_ / \_\_\_\_

N° SIRET \* : \_\_\_\_\_

## Adhérent

Madame  Monsieur Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Télétransmission<sup>1</sup>  NON <sup>1</sup> Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de la Sécurité Sociale et de votre autre mutuelle pour être remboursé.  
Groupe assuré :  Ensemble du personnel  Cadre  Non cadre  Retraité  Autres : \_\_\_\_\_

## Ayants droit

J'ai noté que mes ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)) bénéficieront des mêmes garanties que moi-même.

Conjoint / concubin / pacsé  Madame  Monsieur Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Télétransmission<sup>1</sup>  NON  
Est-il déjà adhérent à la Mutuelle ?  Oui  Non Souhaite-t-il adhérer ?  Oui  Non

Vos enfants et personnes à charge (Enfants de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.)

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	N° de Sécurité Sociale <sup>2</sup>	Situation <sup>3</sup>	Télétransmission <sup>1</sup>
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON

<sup>2</sup> si différent de celui de l'adhérent <sup>3</sup> M : moins de 18 ans ; A : apprenti ; E : étudiant ; D : demandeur d'emploi non rémunéré.

## Vos garanties

Garantie de base : \_\_\_\_\_ Renfort optionnel (si souscrit) : \_\_\_\_\_

Paiement par prélèvement bancaire mensuel (RIB obligatoire)  le 5  le 10  le 15 du mois

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et cotisations dues. J'autorise PréviFrance à prélever sur mon compte le montant des cotisations résultant de mon adhésion.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur le compte bancaire désigné par le RIB.**

Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion, les statuts et notice d'information de la Mutuelle et en accepter les dispositions. Je certifie exacts les renseignements donnés et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Signature du salarié