

ADHÉSION D'UN AYANT-DROIT

Je soussigné(e), M _____ , adhérent n° : _____

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.

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

⇒ La photocopie de l'attestation d'assuré social de la personne à inscrire à la Mutuelle.

À ENVOYER À L'ADRESSE POSTALE CI-DESSOUS

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 :

"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."

Adresse postale : TSA 20117 31151 FENOUILLET CEDEX ☎ 09 80 98 01 09

Espace personnel sur : <https://lfie.synergie-mutuelles.fr>

Site institutionnel : www.fraternelle-interentreprises.fr

Siège social : 225 av. Charles de Gaulle 92528 Neuilly sur Seine Cedex
mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité – Siren n° 302 999 115