



4, rue Paul Eluard
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

BULLETIN D'ADHESION

N° Tél. : 02-32-95-11-49
N° Fax : 02-32-95-11-70
mutuelle.rouvray@wanadoo.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Date d'adhésion souhaitée
01 / /

-30 ans	de 30 ans à 49 ans	+50 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATEGORIE DE BENEFICIAIRE

- Personnel non médical **titulaire** ou **stagiaire** du C.H. du Rouvray
- Personnel non médical **auxiliaire, contractuel, CUI** du CH du Rouvray
- Agent en activité** dans un autre Centre Hospitalier Public
- Descendant ou collatéral** d'un membre participant ou de son conjoint
- Médecin** du C.H. du Rouvray
- Interne** en médecine du C.H. du Rouvray
- Assistante maternelle** ou **famille d'accueil** du C.H. du Rouvray
- Elève étudiant** de l'I.F.S.I. du C.H. du Rouvray
- Elève rémunéré** de l'I.F.S.I. du C.H. du Rouvray
- Retraité** du C.H. du Rouvray

ADHERENT : Nom et prénom : _____
 Nom jeune fille : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 N° Sécurité sociale : _____ Caisse : _____

Je déclare sur l'honneur avoir été embauché(e) au C.H. _____ le _____ et y être actuellement en activité.

Code agent : _____ Statut : _____ Grade _____
 Affectation : _____ Indice majoré : _____ (Renseignements sur B.S.)

Je désire recevoir mes relevés de prestations par courriel.
 Adresse mail : _____ Tél. : _____

Je déclare sur l'honneur être descendant ou collatéral de M _____ inscrit à la mutuelle sous le numéro 48. _____

Partie à compléter si votre conjoint adhère à la Mutuelle et est âgé de moins de 50 ans .

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

CONJOINT : Nom et prénom : _____
 Nom jeune fille : _____ Date de naissance : _____
 N° Sécurité sociale : _____ Caisse : _____

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, respectant les règles des contrats responsables.

ENFANTS : Nom et prénom : _____
Date de naissance : _____
N° Sécurité sociale : _____

Nom et prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin
N° Sécurité sociale : _____

Nom et prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin
N° Sécurité sociale : _____

Etiez-vous précédemment affilié(e) à une autre mutuelle : OUI NON
Si OUI laquelle : _____

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

Remarque : Si votre conjoint est également salarié du Centre Hospitalier du Rouvray , lui faire remplir un second formulaire pour son propre compte.

PIECES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

- ⇒ La photocopie de l'attestation d'assuré social de tous les bénéficiaires inscrits à la mutuelle.
- ⇒ Un BIC-IBAN
- ⇒ Pour les assistantes maternelles, les familles d'accueil et les élèves de l'I.F.S.I. remplir et signer un mandat de prélèvement.
- ⇒ Pour les agents en activité dans un autre CH, les retraités, les descendants les collatéraux d'un membre participant et les personnes de plus de 50 ans, remplir et signer un mandat de prélèvement et joindre les justificatifs de vos revenus.

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.

"Je reconnais avoir complété ce document et conservé vers moi un exemplaire de ce bulletin dûment signé".

Date :

Signature de l'adhérent :

Bulletin à retourner à :
La Fraternelle Mutuelle interentreprises
Section Santé Rouvray
4, rue Paul Eluard
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires, des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

L'UNME-Garantie située 255 rue de Vaugirard - Paris 15e se substitue à la Fraternelle Mutuelle interentreprises pour la constitution des garanties en branche 1 et 2 et pour l'exécution des engagements de la Mutuelle.
Si l'agrément était retiré à l'UNME-Garantie pour les opérations relevant des branches d'assurance 1 et 2, les garanties seraient résiliées le 40ème jour à midi à compter de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant.

"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."