



4, rue Paul Eluard  
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

## MAINTIEN D'UN AYANT-DROIT EN QUALITE DE MEMBRE PARTICIPANT

N° Tél. : 02-32-95-11-49

N° Fax : 02-32-95-11-70

[mutuelle.rouvray@wanadoo.fr](mailto:mutuelle.rouvray@wanadoo.fr)

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

Je soussigné(e) M \_\_\_\_\_ ayant droit

de M \_\_\_\_\_ dossier n° \_\_\_\_\_

en tant qu'enfant

en tant que conjoint(e)

**demande mon maintien à la Mutuelle en qualité  
de membre participant.**

**ADHERENT :** Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir mes relevés de prestations par courriel.

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Partie à compléter si votre conjoint ou votre concubin adhère à la Mutuelle.**

**CONJOINT :** Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nom jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

**ENFANTS :** Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**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**

- La photocopie de l'attestation d'assuré social de tous les bénéficiaires inscrits à la mutuelle.
- Photocopie : du dernier bulletin de salaire, de l'attestation Assedic ou de la carte étudiant.
- Un BIC-IBAN
- Remplir et signer le mandat de prélèvement ci-joint.

*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 :

**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."