

BULLETIN DE CHANGEMENT DE GARANTIE SOLI'SANTÉ/AJOUT DE BÉNÉFICIAIRES

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE :

Origine de l'adhésion : Site internet

Nom et prénom du conseiller : _____

Date d'adhésion : ____ / ____ / ____

N° Dossier : _____

Fait le : ____ / ____ / ____

Visa de la Mutuelle

A _____

ADHÉRENT SLY _____

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

N° de Sécurité Sociale : _____

Adresse : _____

E-mail : _____ @ _____ . ____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

AUTRES BÉNÉFICIAIRES : **Cadre réservé à la mutuelle**

CONJOINT / CONCUBIN / PACSÉ À CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE : **à renseigner seulement s'il est votre bénéficiaire Sécurité Sociale, rattaché sur votre Carte Vitale**

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____

ENFANT(S)/ PERSONNE(S) À CHARGE :

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance

En cas d'ajout de bénéficiaire fournir :

- Attestation de droits à l'assurance maladie, sur laquelle figure le bénéficiaire concerné.
 Acte de naissance, certificat d'adoption ou livret de famille.

→ Ma garantie Santé

Je coche le contrat santé choisi :

- OFFRE JEUNES (réservée aux 16-25 ans)
- OFFRE BASE (ouverte à tous)
- OFFRE ACTIFS (ouverte à toute personne non retraitée)
- OFFRE RETRAITÉS (réservée aux personnes à la retraite)

J'ai bien noté que la Garantie Obsèques (GO) est obligatoire avec le contrat santé.

→ Ma garantie complément de salaire

Je relève du Titre IV du statut général des fonctionnaires (titulaire, stagiaire, contractuel de la fonction publique hospitalière), je suis en activité et je réponds aux conditions de l'article 23 du règlement mutualiste.

L'OPTION COMPLEMENT DE SALAIRE Oui Non

→ Montant de la cotisation

MONTANT MENSUEL DE LA COTISATION

Santé : _____ €

Complément de salaire : _____ €

Garantie Obsèques : 1,80 €

TOTAL : _____ €

REGLEMENT DES COTISATIONS

Prélèvement automatique

Paiement par chèque

→ Télétransmission « Noémie »

En cochant cette case, je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission automatique via ma Carte Vitale avec la Sécurité Sociale pour mes ayants-droit et moi. Dans ce cas **je m'engage à transmettre mes décomptes sécurité sociale pour bénéficier des prestations de ma mutuelle.**

Je déclare avoir reçu les statuts et le règlement mutualiste correspondant à ma garantie et m'engage à les respecter.

Les informations recueillies dans le présent bulletin font l'objet d'un traitement informatique destiné au fichier adhérents tenu par la Mutuelle. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant qui peut être exercé auprès de la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Dans le cas d'une adhésion par internet ou courrier, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours à partir de votre date d'adhésion.

Les garanties santé sont assurées par So 'Lyon Mutuelle, régie par le livre II du Code de la Mutualité sous le N° SIREN 779846849 dont le siège est situé 18, rue Gabriel Péri – CS 30094 69623 VILLEURBANNE CEDEX.

La garantie obsèques est assurée par HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, immatriculée sous le n° SIREN 410 005 110, dont le siège est situé 29 Boulevard Quinet 75014 PARIS (cotisation de 1.80 € par mois).

Fait le : _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

A : _____