

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE :

Origine de l'adhésion : Site internet
 Nom et prénom du conseiller : _____
 Date d'adhésion : ____ / ____ / ____
 Ancien adhérent : oui non
 Ancien Ayant Droit : oui non
 N° de suivi : _____
 Fait le : ____ / ____ / ____ Visa de la Mutuelle
 A _____

ADHÉRENT :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA): ____ / ____ / ____
 Adresse : _____

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

VOS 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

ADHÉSION DANS LE CADRE D'UN PARRAINAGE:

Nom & prénom du parrain : _____

N° identifiant SLY : _____

OFFRE COUPLE: *20% DE REMISE OFFERTS SI VOTRE CONJOINT ADHÈRE OU EST DÉJÀ ADHERENT

Dans ce cas, merci d'indiquer son numéro d'identifiant SLY : _____

*Article 37 du règlement mutualiste

➔ 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.**

→ Pièces à fournir

- Afin de calculer votre cotisation, si vous êtes agent de la fonction publique hospitalière : votre dernier bulletin de salaire. Pour les autres actifs : déclaration fiscale des revenus de l'année N-1. Si vous êtes retraité en cours d'année : attestation de paiement des pensions obligatoires. Pour les autres retraités : attestation de paiement des pensions obligatoires jointe à la déclaration fiscale de l'année N-1.
 - La photocopie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie datée de moins de 3 mois (téléchargeable sur votre compte Ameli ou à demander à votre CPAM) et éventuellement celles des autres bénéficiaires immatriculés à un régime obligatoire.
 - Un relevé d'identité bancaire si vous optez pour le prélèvement automatique de vos cotisations et pour le virement de vos prestations sur votre compte.
 - Un relevé d'identité bancaire pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans, souhaitant percevoir ses prestations sur son propre compte.
- Pour les enfants que vous avez inscrits comme ayant-droits en plus de votre attestation de Carte Vitale :
- À partir de 16 ans : un certificat de scolarité.
 - En cursus « post baccalauréat », mais non bénéficiaires du régime de la Sécurité Sociale étudiante : un certificat de scolarité.
 - De plus de 20 ans jusqu'à 26 ans, non assurés sociaux, à votre charge effective et permanente depuis au moins un an : attestation Pôle Emploi ou attestation sur l'honneur que votre enfant est à votre charge.
 - Le Mandat SEPA complété.
 - Le certificat de radiation de votre précédente mutuelle (le cas échéant). Dans le cas contraire votre adhésion prendra effet le premier jour du mois suivant.
 - La photocopie de votre carte d'identité recto-verso.

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

Mon adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande et à réception à la Mutuelle du présent bulletin d'adhésion complété, signé et accompagné des pièces justificatives à fournir.

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 : _____